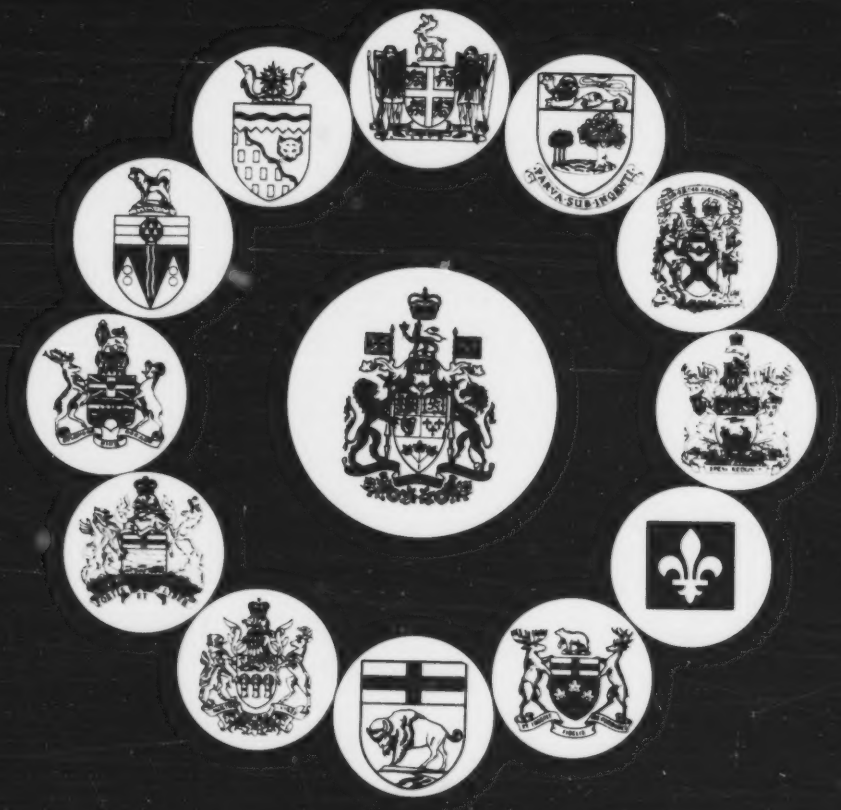
Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

1986-87 Canada Health Act Annual Report



Canada

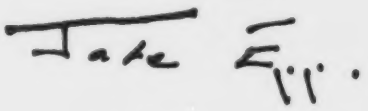
88-02882/

Her Excellency, the Right Honourable Jeanne Sauvé, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

May It Please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the Canada Health Act for the fiscal year ended March 31, 1987.

Respectfully submitted,



Jake Epp
Minister of National Health and Welfare

Minister of Supply and Services
Cat. No. H 1-4/1986
ISBN 0-662-54909-0

TABLE OF CONTENTS

PREFACE 3

INTRODUCTION 5

CRITERIA AND CONDITIONS

- Canada Health Act Overview 7
- Regulations 9

FEDERAL CONTRIBUTIONS AND PAYMENTS

- Federal-Provincial Health Financing Arrangements. 11
- Contributions and Payments to the Provinces 11
- Table I: Provincial Entitlements in Respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services for 1986-87. 12
- Table II: Status of Provincial Annual Entitlements in Respect of Federal Contributions to Health Care Services. 13
- Table III: Cash Payments in Respect of Health Care Contributions Programs for 1986-87 14
- Table IV: Summary of Deductions Under the Canada Health Act for 1986-87 15
- Extra Billing/User Charges Deductions 16
- Canada Health Act - Administration 17
- Information 18

OPERATION OF PROVINCIAL/TERRITORIAL HEALTH CARE INSURANCE PLANS

- Highlights. 19
- Newfoundland. 21
- Prince Edward Island. 25
- Nova Scotia 29
- New Brunswick 33
- Quebec. 37
- Ontario. 41

- Manitoba 45
- Saskatchewan 49
- Alberta 53
- British Columbia 57
- Yukon 61
- Northwest Territories 65

PREFACE

The Canada Health Act is the federal legislative framework for Canada's health care system. Through a series of interlocking provincial plans the provinces and territories are entitled to receive substantial federal financial support provided that certain criteria are met. These criteria of reasonable access to insured services without impediment by way of user charges and extra-billing, comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, portability of benefits, and public administration on a non-profit basis, form the cornerstones of the Canadian health care system.[1]

This Act, which came into force April 1, 1984, reaffirmed the national commitment to the original principles of the Canadian health care system. A strengthening of the existing legislation was necessary as direct charges for hospital and physician services were judged to be restricting the access of many Canadians to health care due to financial considerations. The elimination of extra-billing by physicians and hospital user charges was required in order to maintain one of the fundamental principles of the national health system. Thus, the legislation provided for a dollar-for-dollar withholding of federal contributions as well as a three-year time limitation for the recovery of funds withheld as a result of the discontinuation of extra-billing and user charges.

Since the passage of the Act, provinces and territories with direct charges to patients have taken steps to eliminate user charges and extra-billing, as defined by the legislation. Consequently, Canadians now should not have to worry about financial barriers when seeking medical and hospital services included in the Act.

A national system of this scope and complexity is not without challenges or problems. However, success has been achieved in putting in place reciprocal billing arrangements for hospital services and efforts to establish a similar arrangement for physician services continue to progress in this administratively complex area.

My Department has been following carefully recent developments in provincial programs. Examples of these include the removal of insured coverage for some health services and charges to patients for services which may not necessarily be medically required. A number of issues related to possible non-compliance were identified and subsequently resolved while some cases are currently under review.

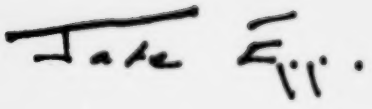
For its part, the federal government seeks assurance from provinces and territories that insured services continue to be offered to Canadian residents in order to ensure the comprehensiveness of health care benefits, as identified in the Canada Health Act, and it also ensures that financial barriers to insured services do not develop.

---

1. Extra-billing: "the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province or territory".

   User Charges: "any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial or territorial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial or territorial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing".

Canadians have come to enjoy and depend on the benefits offered to them through our excellent national health insurance program which is, by far, one of the best social programs of its kind. Now that the primary objective of the legislation has been realized, it is time to build upon what has been achieved and learned in order to pursue opportunities in the future. There will always be new and unanticipated demands on the system arising from such factors as the aging population, new diseases, technological advances and the challenge of rising costs of health care. Future improvements in health should be achieved without disturbing the cornerstones of our current system and will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individuals. These challenges must be addressed within the context of Canadian social values and expectations. The Canada Health Act has been and will continue to be an important part of the framework of the Canadian health care system.



Jake Epp

INTRODUCTION

The Canada Health Act received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and Senate. The Act, which came into force as of April 1, 1984, repealed the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act. Consequential amendments were made to the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (EPF Act), including the change of its name to the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in Section 23 of the Canada Health Act, namely,

> The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

Provinces, which are required to provide information as the Minister may deem necessary for the purposes of the Act, have supplied information on the operation of their health care plans as they relate to the criteria and conditions of the Act.

Thus, much of the report contains a province-by-province description of each health insurance plan as it relates to the criteria and conditions. As well, in order to further fulfill the conditions of the Act, the activities with regard to extended health care services are described at the end of each provincial section.

The report also describes such areas as the key provisions of the Act, the federal administration of the Act, the consultation process and the federal/provincial financing arrangements. One section focusses on the major developments that occurred in the fiscal year 1986-87, with regard to changes in the provincial health insurance plans.

With respect to quantitative information, detailed information of this nature is readily available through such sources as the Policy, Communications and Information Branch of Health and Welfare Canada, and Statistics Canada.

* Any reference to provinces includes the territories, unless otherwise specified.

CRITERIA AND CONDITIONS

Canada Health Act Overview

The purpose of the Canada Health Act is to,

> "establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law".

These criteria and conditions are set out in Sections 7 through 12 and Sections 13, 18 and 19 of the Act respectively. The criteria apply to the insured health services only, and do not pertain to extended health care services. The conditions, as set out in Section 13 relate to both insured health services and extended health care services (EHCS).

The insured health services defined by the Canada Health Act include all medically necessary hospital services and medically required physicians' services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance. Extended health care services payments are in respect of nursing-home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care.

There are five criteria and three conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the Act of 1977 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977) in each fiscal year. The criteria, pertaining to insured health services provided under the health care insurance plan of a province, are:

(a) **Public Administration**

Pursuant to Section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

(b) **Comprehensiveness**

Pursuant to Section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners, or dentists and where permitted, services rendered by other health care practitioners.

(c) **Universality**

Section 10 requires that one hundred per cent (100%) of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions. The waiting period prior to entitlement to insured health services by residents must not exceed three months. (Section 11(a))

(d) **Portability**

In accordance with Section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence.

For insured persons, insured health services must be available while they are temporarily absent from their own province on the basis that:

- insured services received out-of-province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services.

- services out-of-country are to be paid, as a basic minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in-province. Prior approval may also be required for elective services.

(e) Accessibility

By virtue of Section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

- insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;

- reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered;

- adequate payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

In addition to the above criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of insured health services, as well as extended health care services, are:

(1) the provision of information that the Minister of National Health and Welfare may require for the purposes of this Act, and may prescribe in Regulations; and,

(2) appropriate recognition in regard to federal contributions towards insured and extended health care services, as may be prescribed in Regulations.

The conditions relating to extra-billing and user charges are described in sections 18 and 19.

The Canada Health Act also prescribes a mechanism to resolve disagreements. In the event that the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any criteria or conditions described above, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province of his concern, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health Minister, meet to discuss the matter.

Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions to a province.

Regulations

The Act provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

(a) Extended Health Care Services

The extended health care services regulations provide for the definition in greater detail of those services listed in the Act as "extended health care services". The Act requires the agreement of each of the provinces prior to any regulations being made, unless the regulations are substantially the same as those made under the Act of 1977.

(b) Hospital Services Exclusions

Hospital Services are defined in the Act (Section 2) to be all medically necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulation.

Under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the Canada Health Act is to embody established precedents.

The regulations list those services which may be delivered in a hospital setting but which are not considered insured hospital services. For example, hospital services rendered in connection with surgery for purely cosmetic purposes or preferred accommodation (semi-private and private) at the patient's election are excluded.

Under the Canada Health Act, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions.

(c) Information

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the Act, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

(d) Recognition of Contributions and Payments by Canada

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments made under the Act. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

FEDERAL CONTRIBUTIONS AND PAYMENTS

Federal-Provincial Health Financing Arrangements

The federal government contributes to the operation of provincial health insurance plans (insured health services) according to the provisions of the "Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977" (the Act of 1977). Under the Act of 1977, provinces are entitled to equal per capita federal health contributions which are annually escalated by the three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product (GNP) per capita minus two percentage points. This escalator is applied to a base amount equal to the 1975-76 national average per capita of federal contributions to provincial hospital and medical insurance plans. This value is then multiplied by the population of each province to determine the provincial entitlement.

Health contributions to the provinces consist of both a cash transfer and an equalized tax transfer. Since 1977, the federal government has transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the Act of 1977 as a special abatement originating under the Established Programs (Interim Arrangements) Act.

In order to determine cash amounts payable to the provinces, the value of the tax transfer is first determined. Then, the insured health services portion, or 67.9% of the total allocation of this equalized tax transfer, is subtracted from the total provincial health entitlement in respect of insured health services. The difference or residual is paid in the form of a cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfies the criteria and conditions set out in the Canada Health Act.

Provinces also receive equal per capita cash payments in respect of extended health care services as defined in the Canada Health Act. This payment, which was initially set at $20 per capita for 1977-78, is escalated annually by the average three-year rate of growth in nominal GNP per capita minus two percentage points. It is payable to the provinces provided the two conditions set out in the Canada Health Act governing extended health care services contributions are satisfied.

Contributions and Payments to the Provinces

The following tables depict the federal health contributions to which provinces are entitled in terms of cash and tax transfers, and the actual value of cash contributions made in 1986-87.

Table I presents the transfers for 1986-87 only. These are interim figures, as the information required for the final calculations will not be available until 1989.

Table II provides the status of provincial annual entitlements. These amounts represent the latest figures for the three prior years that have not been finalized. The revisions to the entitlement are adjusted, in whole or by instalment, and included with the monthly provincial cash transfers in the month(s) following the revised calculation.

Table III reports on the total payments made to the provinces in fiscal year 1986-87. The amounts reflect the net transfers of 1986-87 provincial cash entitlements including prior years' adjustments and extra-billing and user charges deductions or reimbursements pursuant to the Canada Health Act.

Table I

PROVINCIAL ENTITLEMENTS IN RESPECT OF INSURED HEALTH SERVICES AND EXTENDED HEALTH CARE SERVICES

1986-87

(In thousands of dollars)

	INSURED SERVICES			EXTENDED HEALTH CARE SERVICES	TOTAL CONTRIBUTIONS
	CASH ENTITLEMENTS	TAX TRANSFERS	TOTAL		
NEWFOUNDLAND	144,693	99,497	244,190	25,834	270,024
PRINCE EDWARD ISLAND	31,947	21,967	53,914	5,704	59,618
NOVA SCOTIA	220,407	151,559	371,966	39,352	411,318
NEW BRUNSWICK	179,832	123,658	303,490	32,108	335,598
QUEBEC	1,136,431	1,652,768	2,789,199	295,085	3,084,284
ONTARIO	2,038,477	1,825,922	3,864,399	408,836	4,273,235
MANITOBA	268,988	184,964	453,952	48,026	501,978
SASKATCHEWAN	254,623	175,087	429,710	45,461	475,171
ALBERTA	495,546	510,126	1,005,672	106,396	1,112,068
BRITISH COLUMBIA	725,845	497,165	1,223,010	129,389	1,352,399
YUKON	5,315	4,323	9,638	1,020	10,658
NORTHWEST TERRITORIES	10,803	10,619	21,422	2,266	23,688
CANADA	5,512,907	5,257,655	10,770,562	1,139,477	11,910,039

NOTE: Figures do not include prior years' adjustments or current year's deductions.

Department of Finance
January 8, 1987
Second Adjustment to Advance

STATUS OF PROVINCIAL ANNUAL ENTITLEMENTS IN RESPECT OF FEDERAL CONTRIBUTIONS TO HEALTH CARE SERVICES
(in thousands of dollars)

	1983-84 ENTITLEMENTS RESULT OF FINAL CALCULATIONS					1984-85 ENTITLEMENTS RESULT OF SECOND INTERIM ADJUSTMENTS					1985-86 ENTITLEMENTS RESULT OF FIRST INTERIM ADJUSTMENTS				
	Insured Services			Extended Health Care Services	Total Contributions	Insured Services			Extended Health Care Services	Total Contributions	Insured Services			Extended Health Care Services	Total Contributions
	Cash Entitlements	Tax Transfers	Total			Cash Entitlements	Tax Transfers	Total			Cash Entitlements	Tax Transfers	Total		
NEWFOUNDLAND	121,244	79,507	200,751	21,239	221,990	130,555	86,703	217,258	22,985	240,243	138,004	93,908	231,912	24,535	256,447
PRINCE EDWARD ISLAND	26,164	17,158	43,322	4,583	47,905	28,373	18,844	47,217	4,995	52,212	30,277	20,602	50,879	5,383	56,262
NOVA SCOTIA	181,341	118,915	300,256	31,767	332,023	196,317	130,376	326,693	34,563	361,256	209,086	142,276	351,362	37,173	388,535
NEW BRUNSWICK	148,968	97,684	246,652	26,095	272,747	161,046	106,954	268,000	28,353	296,353	171,015	116,369	287,384	30,404	317,788
QUEBEC	962,806	1,306,136	2,268,944	240,050	2,508,994	1,030,543	1,424,022	2,454,565	259,682	2,714,247	1,084,022	1,544,884	2,628,906	278,127	2,907,033
ONTARIO	1,700,941	1,374,877	3,075,818	325,416	3,401,234	1,815,753	1,537,958	3,353,711	354,808	3,708,519	1,912,482	1,707,451	3,619,933	382,973	4,002,906
MANITOBA	220,620	144,671	365,291	38,647	403,938	238,818	158,469	397,087	42,010	439,097	254,430	173,131	427,561	45,234	472,795
SASKATCHEWAN	226,460	119,836	346,296	36,637	382,933	253,100	124,523	377,623	39,951	417,574	276,466	130,009	406,475	43,003	449,478
ALBERTA	384,728	433,090	817,818	86,524	904,342	426,817	454,790	881,407	93,249	974,656	463,770	477,935	941,705	99,628	1,041,333
BRITISH COLUMBIA	559,733	423,322	983,055	104,005	1,087,060	631,793	440,019	1,071,812	113,393	1,185,205	685,826	466,225	1,152,051	121,882	1,273,933
YUKON	4,157	3,650	7,807	826	8,633	4,478	3,923	8,401	889	9,290	5,221	4,044	9,265	980	10,245
NORTHWEST TERRITORIES	8,715	8,189	16,904	1,788	18,692	9,085	9,554	18,639	1,972	20,611	10,335	10,033	20,368	2,155	22,523
CANADA	4,545,879	4,127,035	8,672,914	917,577	9,590,491	4,926,278	4,496,135	9,422,413	996,850	10,419,263	5,240,934	4,886,867	10,127,801	1,071,477	11,199,278

HEALTH SERVICES AND PROMOTION BRANCH
HEALTH AND WELFARE CANADA

Table III

CASH PAYMENTS IN RESPECT OF HEALTH CARE CONTRIBUTIONS PROGRAMS

1986-87

(in thousands of dollars)

	INSURED HEALTH SERVICES	EXTENDED HEALTH CARE SERVICES	TOTAL CONTRIBUTIONS
NEWFOUNDLAND	140,613	25,797	166,410
PRINCE EDWARD ISLAND	31,107	5,725	36,832
NOVA SCOTIA	214,925	39,438	254,363
NEW BRUNSWICK	181,475	32,173	213,648
QUEBEC	1,085,629	294,503	1,380,132
ONTARIO	2,002,812	407,344	2,410,156
MANITOBA	262,586	48,139	310,725
SASKATCHEWAN	254,591	45,461	300,052
ALBERTA	515,509	106,396	621,905
BRITISH COLUMBIA	779,349	129,389	908,738
YUKON	5,358	1,039	6,397
NORTHWEST TERRITORIES	9,067	2,261	11,328
CANADA	5,483,021	1,137,665	6,620,686

NOTE: Amounts include prior years' adjustments as well as deductions and reimbursements made pursuant to the Canada Health Act.

HEALTH SERVICES AND PROMOTION BRANCH
HEALTH AND WELFARE CANADA

SUMMARY OF DEDUCTIONS UNDER THE CANADA HEALTH ACT FOR 1986-87
(in thousands of dollars)

	JULY 1, 1986 - MARCH 31, 1986			APRIL 1, 1986 - MARCH 31, 1987			TOTAL DEDUCTIONS WITHHELD TO MARCH 31, 1987			
	EXTRA-BILLING DEDUCTIONS	USER CHARGES DEDUCTIONS	TOTAL DEDUCTIONS	EXTRA-BILLING DEDUCTIONS	USER CHARGES DEDUCTIONS	TOTAL DEDUCTIONS	EXTRA-BILLING DEDUCTIONS	USER CHARGES DEDUCTIONS	REFUNDS TO DATE	TOTAL WITHHELD
NEWFOUNDLAND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PRINCE EDWARD ISLAND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVA SCOTIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEW BRUNSWICK	147	6,237	6,384	206	296	502	353	6,533	6,533	353*
QUEBEC	0	14,032	14,032	0	0	0	0	14,032	14,032	0
ONTARIO	93,324	0	93,324	13,332	0	13,332	106,656	0	106,656	0
MANITOBA	1,270	0	1,270	0	0	0	1,270	0	1,270	0
SASKATCHEWAN	2,107	0	2,107	0	0	0	2,107	0	2,107	0
ALBERTA	17,325	4,467	21,792	5,878	1,362	7,240	23,203	5,829	29,032	0
BRITISH COLUMBIA	0	53,417	53,417	0	31,332	31,332	0	84,749	84,749	0
YUKON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NORTHWEST TERRITORIES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANADA	114,173	78,153	192,326	19,416	32,990	52,406	133,589	111,143	244,379	353

* Reimbursement of $353,000 to Province of New Brunswick for extra-billing deductions was made on June 5, 1987

HEALTH SERVICES AND PROMOTION BRANCH
HEALTH AND WELFARE CANADA

Extra-Billing/User Charges Deductions

The Canada Health Act states that:

> "continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians".

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the Act intended to discourage extra-billing and user charges.

The Act stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan which have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured hospital services under the plan, except as provided for under Subsection 19(2) respecting persons requiring chronic care and more or less permanently residing in a hospital. If extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution.

The amount of a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Regulations, the Minister of Health and Welfare determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to Sub-sections 20(1) and 20(2) of the Act.

The mandatory deduction provisions in respect of extra-billing and user charges took effect as of July 1, 1984. Regulations enabling the Minister to determine the amount of the deductions were promulgated on June 28, 1984 as the Extra-Billing and User Charges Information (1984-85) Regulations. These Regulations have been renewed for each subsequent fiscal year. In accordance with Section 20 and the Regulations, estimates of extra-billing and user charges for a fiscal year are established by the Minister, upon which deduction amounts are determined. The estimated amounts are deducted over the twelve-month period, and the monthly advance payments to the provinces adjusted accordingly.

Under the Regulations, the provinces are to submit financial statements, showing amounts that may be charged through extra-billing and user charges during a fiscal year. Upon receipt of provincial statements, deductions may be warranted if the above practices exist in a province.

Sub-section 20(6) of the Act provides an incentive for the early elimination of these charges. Should a province end extra-billing or user charges within the three-year period of the coming into force of the Act, that is, before April 1, 1987, the total amount deducted is to be returned to the province.

Table IV is a summary of deductions pursuant to the Canada Health Act. In 1986-87, all remaining provinces in which extra-billing and user charges had been permitted became eligible for refunds of all deductions retained since July 1984 in accordance with Sub-section 20(5) of the Act.

Canada Health Act - Administration

The Canada Health Act attempts to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis by establishing criteria and conditions for the federal government to provide financial assistance to the provinces.

The Minister of Finance establishes the amounts of federal transfers for health care programs to which the provinces are "entitled". The Minister of Health and Welfare is responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the Canada Health Act, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Services and Promotion Branch, National Health and Welfare, administers payments and ensures systematic monitoring of the criteria and conditions as set out in the Canada Health Act. The Branch carries out the consultative, communicative, analytic and administrative functions pertaining to the administration of the Act.

In rare instances, residents of Canada, through no fault of their own, are unable to obtain coverage. The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for payment of claims in such cases. During 1986-87 no payments were made from this fund. The balance on March 31, 1987 was $28,386.44.

As well as being responsible for the administration of the Canada Health Act, officials co-ordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the Canada Health Act, through such mechanisms as the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services. This committee serves as a continuing forum for consultation and information exchange between officials and consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government.

During fiscal year 1986-87, the Advisory Committee met twice to discuss issues related to the Canada Health Act, such as:

- implications of high technology services e.g. magnetic resonance imaging, lithotripsy;
- improved payment arrangements for out-of-province claims for physician services;
- development of new and updated institutional program guidelines and methodologies covering various special services in hospitals and long-term care;
- ongoing activity of the Canadian Reference Centre for Cancer Pathology;
- payment arrangements for out-of-province patients requiring high-cost services e.g. heart transplants;
- development and maintenance of new and revised national workload measurement systems under the National Hospital Productivity Improvement Program;
- vital organ information system;
- the development and review of medical care statistical indicators;
- continued financial support for health care technology projects carried out by the Canadian Standards Association; and
- ongoing development of the Management Information System project for Canadian hospitals jointly sponsored by federal and provincial governments and hospital associations.

The Advisory Committee continued its liaison with a number of major national health organizations, e.g. Canadian Hospital Association, Canadian Council on Hospital Accreditation.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. The principal incremental requirement is for estimates and statements on extra-billing and user charges. These are provided within the framework of Regulations which were reviewed by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of National Health and Welfare, annual statements are provided by provincial health ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the Canada Health Act.

OPERATION OF PROVINCIAL/TERRITORIAL HEALTH CARE INSURANCE PLANS

Highlights

Some provinces, during the 1986-87 period, made changes to the operation of their health insurance plans. The following is a list of some of the major developments.

- **New Brunswick**: Passed legislation eliminating user charges effective May 1, 1986. The province received a refund in the amount of $6.533 million, being the amount withheld in respect of user charges. Regulatory amendments were enacted by the province to end extra-billing effective March 31, 1987.

- **Ontario**: Passed legislation, the Health Care Accessibility Act, which eliminated extra-billing effective June 20, 1986. The province received a refund in the amount of $106.656 million, being the amount withheld in respect of extra-billing.

- **Alberta**: Passed legislation eliminating extra-billing and user charges effective October 1, 1986. The province received refunds in the amounts of $23.203 million, being the amount withheld in respect of extra-billing and $5.829 million in respect of user charges. Regulatory amendments were enacted by the province to end extra-billing effective March 31, 1987.

- **British Columbia**: Enacted amendments to the Hospital Insurance Ac. Regulations to eliminate user charges effective March 31, 1987.

- **Yukon**: Eliminated health insurance premiums on March 31, 1987.

NEWFOUNDLAND

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is operated by a division of the Department of Health of the province.

The Medical Care Plan is operated by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health. Both plans are non-profit and all transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured services provided by hospitals include in-patient and out-patient services. In-patient services include hospitalization at ward level and all necessary services such as: accommodation and meals at the standard public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including electrocardiographs and electroencephalographs; drugs, biologicals and all necessary surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic equipment; and use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Out-patient services include laboratory, radiological and other diagnostic procedures including electrocardiographs and electroencephalographs; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; out-patient and emergency visits; operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Hospital services not covered by the Plan include: preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing (arranged by patient, additional to required services provided by hospital); non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; services covered by Workers' Compensation legislation or by other federal or provincial legislation, and services relating to therapeutic abortions performed outside Canada.

Medical Care Plan

Insured services include a wide range of general and specialist doctors' services, when medically required, including: visits in the office, hospital or home; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations including anaesthesia, and radiology services. Insured dental services covered by the plan are those which require a hospital for their proper performance, as well as the administration of general anaesthesia for dental procedures.

The following physician services are not covered by the plan: examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; therapeutic abortions performed outside Canada or in non-accredited Canadian facilities; and services covered by Workers' Compensation legislation or other federal or provincial legislation.

In addition to the basic physician services, the province also provides for one full optometric diagnostic examination per beneficiary per year, a children's dental program and a program for the correction of cleft palates and related deformities.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured residents of the province are entitled to coverage. No premium payment exists. Registration under the Medical Care Plan and possession of a valid Medical Care Plan card are required in order to have access to insured services.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories of Canada are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence are entitled to coverage as of the day of arrival. Registration, however, is required under the Medical Care Plan to be effective.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of the minimum 12 months of coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through "Reciprocal Billing", an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at the approved standard interprovincial rates.

The costs of physicians' services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent, are paid at the same rate as would be the case in Newfoundland, unless the service is not available in the province, in which case the host province rate is paid. Payment is either made by the plan directly to the physician who provided the service, or to the patient, if proof of prior payment exists.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services are paid for at the rates ordinarily charged providing they are considered reasonable. Reimbursement is made directly to the provider, or to the patient, upon proof of payment.

Physician services are paid at the same rate as that which would be paid in Newfoundland for the same service. If the service is not available anywhere in Canada, the Newfoundland Medical Care Commission determines payment.

The remuneration for hospital or medical care services is the same regardless of whether it is emergency or elective care.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new location. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no co-insurance charges for hospital services and no extra-billing by physicians in the province. Standard ward beds staffed and in operation totalled 2,186 and there were 709,785 patient days in the fiscal year. Preferred (private and semi-private) beds staffed and in operation totalled 929 with 114,060 patient days.

An incentive scheme is in place to attract physicians to remote areas and specialty practices. During fiscal year 1986-87, $173,531 was paid out by the Medical Care Plan under a contractual agreement with physicians in the Blanc Sablon/Labrador geographic border area and the Guaranteed Incentive Program.

Payment to Hospitals

Hospitals in Newfoundland are paid on the basis of operating budgets approved by the Hospitals Services Division. Approximately one-twelfth of the total annual operating budget is advanced to hospitals each month, with a final settlement after year-end. Deficits are not accepted for reimbursement, but hospitals may retain a portion of any surplus under a financial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1986-87 to public hospitals in Newfoundland totalled $318,671,300. For out-of-province hospital services, payments totalled $6,246,000.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with a fee scale.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated from time to time between the Medical Care Commission of the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1986-87, payments made by the provincial government to in-province physicians and surgeons on a fee-for-service basis totalled $64,367,838. Two specialty groups, optometry and radiology, received $6,610,660. Payment for dental surgeons was $757,645. Out-of-province claims by physicians and surgeons totalled $1,280,966. There were no payments made to dentists, optometrists or radiologists out-of-province. Payments under the Dental Health Plan amounted to $5,992,343.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

The provision of home care/home support services is provided through a variety of programs; community-based, board-operated, hospital and nursing home, and outreach programs through a traditional component of public health nursing services. However, planning is underway for a "single entry" community-based program that would provide for assessment, the coordination/provision of services to meet the assessed need or the coordination of placement into continuing care institutional services. Nursing home intermediate care and adult residential care services are provided in homes for special care facilities.

PRINCE EDWARD ISLAND

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered and operated on a non-profit basis by the Hospital Services Commission and the Health Services Commission respectively. Both commissions are accountable to the provincial legislature. Accounts and transactions are audited annually by the provincial Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under Section 2 of the Canada Health Act.

The following hospital services are declared to be non-insured: personal conveniences, including telephone and television; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; unauthorized elective services provided to PEI residents temporarily absent from the province; drugs, biologicals, prosthetic and orthotic applicances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and surgical-dental services (e.g. surgical removal of impacted teeth, root resection, etc.) provided to insured persons.

The following services are not insured: services persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Commission; advice or prescriptions by telephone except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.; group examinations, immunizations or inoculations, unless prior approval received from Commission; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropracty, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology, acupuncture and similar treatments; services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of his/her own household unless approval is obtained from the Commission; laboratory or radiology services provided for under the provincial Hospital Insurance Act; any other services that the Commission may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Armed Forces (regular) and the Royal Canadian Mounted Police, who has registered under the plans and provided the Commissions with all such information as required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent residency and full compliance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

Every person registering for insured services under the plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence. Landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, and persons living in the province under the authority of a work permit issued under the Immigration Act (Canada), are entitled to benefits as of the date residency is established, providing registration requirements as set out in the Regulations are complied with.

Payment Arrangements In-Canada

All insured persons temporarily absent in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province where such services have been rendered (host province rate) providing the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Out-of-Canada

In the case of hospital services, when a resident is referred outside Canada for services available in PEI, payment is made at the rate established by the Commission, but must not exceed the highest per diem amount charged by hospitals in PEI.

When a resident is referred outside Canada for hospital services not available in PEI, but available in another province, payment is made at the rate established by the Commission, but must not exceed the per diem amount of the Victoria General Hospital, Halifax, Nova Scotia.

When a resident is referred outside Canada for in-patient services not available in PEI or any other province of Canada, payment is made at a rate not to exceed the total amount payable for these services, including room and board and medically necessary hospital services.

When a resident is referred outside Canada for out-patient services not available in PEI or any other province of Canada, payment is made at a rate of 75% of the approved hospital charges.

In the case of a resident who is temporarily absent from the province and, as a result of sudden illness or accident is admitted to a hospital outside Canada, payment is made at a rate not to exceed $100 per day for room and board for standard ward, plus 75% of the balance of the account payable for insured services. Out-patient services under the same conditions are paid at a rate of 75% of the approved hospital charges.

Insured medical care services are paid at a tariff established by the Commission when they are considered by the Commission to be available in Canada, and are required as a result of a sudden illness or accident, or are approved by the Commission. The Commission may determine the rate for which insured services will be paid in cases where the services are not available in Canada and prior approval of the Commission has been sought.

Payment for all out-of-Canada insured hospital and medical care services shall be made in Canadian funds, except when such services are not available in Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents are eligible for all benefits under the plan during the interprovincially agreed waiting period. Residents permanently moving outside Canada are eligible for all benefits under the Plan up until the day of departure from Canada.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Both plans provide for insured services on uniform terms and conditions on a basis that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services or extra-billing by physicians in the province.

In 1986-87, there were seven acute-care hospitals in the province with a total of 692 beds. Patients admitted during the fiscal year totalled 26,599 (4.3% increase from 1985-86) and total patient days were 208,523 (4.0% increase from 1985-86).

Payment to Hospitals

The Commission establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1986-87, hospitals in the province received an estimated $57.7 million for capital and operating expenses. Other services such as blood transfusion and ambulance services received an estimated $3.1 million. Commission payments for out-of-province hospital services were an estimated $8.0 million.

System of Payment for Medical Care

Each practitioner submits a claim to the Commission, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the provincial Act, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island and the Dental Association have resulted in signed agreements relating to tariffs on fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1986 to March 31, 1987.

During 1986-87, payments to physicians in the province were an estimated $20 million. For physician services provided out-of-province, the Commission paid approximately $1.7 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Adult residential care and nursing home intermediate care services are available chiefly in provincial government-operated manors and in licensed private nursing homes. These services are not provided on an insured basis; however, the province does provide almost total funding for more than 80% of all such beds. Sponsorship is according to urgency of need as assessed in both functional and financial terms. The cost was almost $18 million in 1986-87.

As well, home care nursing and many other community health services are provided with support from the EHCS federal block-funding contribution.

NOVA SCOTIA

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Department of Health administers the Hospital Insurance Plan.

The Medical Services Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Health Services and Insurance Commission and the Corporation (Maritime Medical Care Incorporated). The Corporation is the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program. Provincial legislation provides that the Commission shall be responsible to the Minister. The Corporation must submit to the Minister a report on its accounts and activities concerning the plan, for each fiscal year. The books, records and accounts of the Commission and the Corporation must relate to their duties, functions and responsibilities under the legislation.

The Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health of the Commission and the Corporation, as they pertain to both plans.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

In-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs prescribed by a doctor and administered in a hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include: laboratory tests; diagnostic procedures involving radioactive isotopes; radiotherapy; physiotherapy; necessary nursing services; supplies; drugs prescribed by the doctor and administered in the hospital out-patient department; services within the Nova Scotia Tumor Clinic; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day-patient diabetic care; pulmonary function tests; inhalation therapy, haemodialysis; services other than medical provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic; and the provision and servicing of equipment for the treatment of enthromelalgia.

Uninsured hospital services include: cosmetic surgery; and the reversal of sterilization procedures.

Although the province of Nova Scotia does not run a formally organized insured hospital-based extended care program (Type III), patients requiring care beyond that which can be provided in nursing homes in the province (Types I and II Care) may be cared for in hospitals in the province without charge.

Medical Care Plan

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed by the Commission to be medically required". Certain dental-surgical procedures medically required to be rendered in a hospital are also insured, such as surgical removal of teeth and the exposure of a tooth for orthodontic treatment.

Uninsured services include: services a person is eligible for under the Workers' Compensation Act or under any other Act; mileage, travelling or detention time; telephone advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunization or inoculation unless approved by the Commission; preparation of certificates or reports; testimony in a court; laboratory or radiological services rendered in Nova Scotia; services in connection with an E.C.G., electromyogram or E.E.G., unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; and reversal of tubal ligation or vasectomy.

The following programs, beyond the basic insured services, are provided in Nova Scotia: vision analysis by optometrists; drug program for residents 65 years of age and over; program for sufferers of cystic fibrosis; drug program for those suffering from diabetes insipidus related to the pituitary gland; program of drugs for cancer patients; dental services for children to age 16, or for students registered with the school for the blind; dental program for patients with cleft lip/cleft palate; and prosthetic services program.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The legislation provides that all residents of the province are entitled to receive insured hospital services as well as being insured in respect of payment of the cost of insured medical services to the extent of the tariffs upon uniform terms and conditions. This provision ensures entitlement to coverage of 100% of the residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient, or a visitor to Nova Scotia". Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

Persons from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they become residents of Nova Scotia. This is in compliance with the Agreement on Eligibility and Portability.

First day coverage is available for certain residents including landed immigrants, discharged members of the Canadian Armed Forces, and returning Canadians. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Payment Arrangements In-Canada

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangements; hospital and medical care services are paid for as per the tariff of the host province. The patient may either pay the physician directly for medical care services and then claim reimbursement from the plan or the patient may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Under the Hospital Insurance Plan, previously approved referrals, accidents or emergency services are paid at the rate of $100.00 per day plus 75% of the balance. Residents may either pay the hospital account and claim reimbursement for the insured amount from the plan or arrange to have payment of the insured portion paid directly to the hospital concerned. Elective services are not insured except in special circumstances.

Under the Medical Services Insurance Plan, referrals, accidents or emergency services are paid at the Nova Scotia tariff plus 75% of the difference. Elective services are paid at the Nova Scotia tariff.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after departure, plus reasonable travelling time.

Residents of Nova Scotia permanently moving outside Canada lose coverage the day of departure from the province.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user charges or extra charges applicable under either plan.

Over 90% of the population lives within 30 minutes travel time of the 50 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services in Halifax.

The province has placed no restrictions or limitations on the number of physicians who may bill the plan. Subsidies are available to encourage physicians to locate in remote areas of the province.

Payment to Hospitals

Hospitals are paid for insured services via a budgetary process whereby they submit their budget estimates to the Minister, who is authorized by Regulations to review and analyze these estimates. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the plan to hospitals each year. In 1986-87, there were a total of 5,594 hospital beds in Nova Scotia. Department of Health expenditures for general and psychiatric hospital services were $580,699,400. Total admissions to hospitals were 150,904. Patient days in hospital totalled 1,474,100.

System of Payment for Medical Care

Payments to physicians for insured services rendered to residents are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried physicians in institutions.

Total payments for physician services during fiscal year 1986-87 amounted to $178,513,767 of which $7,158,811 was for salaried and sessional payments, and $334,197 was paid out for out-of-province hospital out-patient and diagnostic services.

Payments to dentists for insured dental-surgical services totalled $2,336,770.

Reasonable Compensation

The Health Services and Insurance Act empowers the Commission to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society and the Dental Association, and to participate in any process of final offer arbitration in respect of issues of compensation not resolved by negotiation.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Adult residential care and nursing home intermediate care services are provided by a system of homes for special care of various types. These programs are operated under the authority of the provincial Department of Social Services. As required, subsidies are provided through the Department in cases of financial need.

Home health care is provided by community health nurses with homemaking and other services not provided by health professionals subsidized through the Department of Social Services.

Home parenteral nutrition is provided as an out-patient service under the Hospital Insurance Plan.

NEW BRUNSWICK

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered by the Department of Health and Community Services on a non-profit basis and are subject to audits of their accounts and financial transactions by the provincial Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The in-patient services to which insured persons are entitled correspond to those cited in the Canada Health Act. The out-patient services include laboratory, diagnostic and radiology procedures where available, and the hospital component of other out-patient services except patent medicines, take-home drugs, third party requests for diagnostic services, visits for the administration of drugs, vaccines or biologicals, and any service not included in the provincial schedule of insured physicians' services.

Services are not insured if provided to persons entitled under other Statutes.

Beyond these services, the province also provides a prescription drug program for residents aged 65 and over, a Seniors' Health Benefits Program, as well as other services as noted in the section on Extended Health Care Services.

Medical Care Plan

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner, certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital, and limited optometric services.

The following services are not covered by the plan: elective plastic surgery or other services, when done for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of payments; examination of medical records or certificates; immunization, examinations or certificates for purposes of travel, employment, immigration, or insurance, or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical laws; dental services provided by a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of payments; testimony in a court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate family; psychoanalysis; electrocardiogram where not performed by a specialist in internal or pediatric medicine; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; trans-sexual surgery; acupuncture; and complete medical examinations where performed for the purposes of periodic check-up and not for medically necessary purposes.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons of the province are entitled to coverage. The following persons, whether residents or not, are not entitled to coverage: regular members of the Canadian Armed Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; persons serving a prison term in a penitentiary maintained by the Government of Canada, or persons from another province who are in New Brunswick for educational purposes and who are eligible for coverage under their provincial plan.

In order to be entitled to insured services, a beneficiary and his/her dependents must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Hospital-Medicare card bearing the resident's name, address, date of birth and medicare number. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a medical facility.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from another province. The following groups may be eligible for first day coverage when full-time residence in New Brunswick is established: members of the Canadian Armed Forces, RCMP and penitentiary prisoners upon discharge in New Brunswick; non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed immigrants and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time.

An eligible person may be "temporarily" absent from the province for the purpose of vacations, visits or business arrangements, however, this should not exceed 12 consecutive months, unless approved by the Director of Medicare.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital in-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. Payment may be made to the person directly, the facility involved in the provision of the services, or, if a reciprocal agreement exists between the provinces, New Brunswick will pay the province.

Insured medical care services defined as not available in New Brunswick shall be paid at the host province rate. Services available within the province are paid at the New Brunswick rate.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient services available in New Brunswick are paid at an all-inclusive rate based on the average ward rate of the three largest New Brunswick hospitals. Payment for in-patient services defined as not available in the province is calculated based on the average ward rate of three major Canadian hospitals, selected by the Medical Director. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Medical care services listed as not available in New Brunswick shall be paid at the amount under either the Medical Services Plan of the province of Ontario or the province of Quebec, at the Medical Director's discretion. Services available in New Brunswick shall be paid at the New Brunswick medical fee schedule rate.

Payment of out-of-Canada insured services is in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Possession of a New Brunswick Hospital-Medicare card entitles eligible persons to insured services.

Hospital statistics for 1986/87 are as follows: number of patient days - 1,907,541 (excludes newborns); number of admissions - 128,452; number of separations - 128,110; number of emergency visits - 1,001,564.

Medical care statistics for 1986/87: 4,373,830 services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists. Out-of-province physicians provided 147,717 services, for a total of 4,521,547 services.

Payment to Hospitals

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a bi-monthly basis. Total expenditures for insured hospital services in-province and out-of-province amounted to $403,609,300 in 1986/87.

System of Payment for Medical Care

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to practice under the Medical Services Act must make application to the Minister.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. A fee for those services not included in this schedule is determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1986/87, payments made on a fee-for-service basis to in-province general practitioners and specialists totalled $92,760,365. Out-of-province physician payments totalled $5,379,932 for a total of $98,140,297. As well, $12,832,600 was paid under non-fee-for-service arrangements for physician services in New Brunswick.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Nursing home care in respect of adults is provided as a non-insured service under the authority of the Department of Health and Community Services.

Home health care is provided through the Extra-Mural Hospital Program, by public health nurses or through the purchasing of nursing services.

QUEBEC

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered by the Department of Health and Social Services.

The Health Insurance Plan is operated by the Régie de l'assurance-maladie du Québec, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. Both plans are operated on a non-profit basis, and all accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The network of establishments under the Department of Health and Social Services includes hospital centres, and some local community services centres.

Hospital centres are divided into two classes for the treatment of physical and mental illness: Short-Term Hospital Centres which provide short-term as well as convalescent care and Extended Care Hospital Centres, providing care and treatment on a continuous basis for a period averaging more than 90 days.

Insured in-patient services are provided in short-term and extended care hospital centres whereas out-patient services are available only in short-term hospital centres.

Insured in-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level, nursing, diagnostic and therapeutic services, use of operating rooms, medications, prostheses or ortheses, biological products, radiotherapy, physiotherapy and services rendered by hospital staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care, including electroconvulsive, insulin and behaviour therapies, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy and other services or examinations required under Quebec legislation.

Medical Care Plan

The services insured by this plan include: medical and surgical services provided by physicians; and oral surgery performed by dentists in hospital centres.

Beyond basic insured services, the plan also covers optometric services; dental care for children under 16; dental care and dental prostheses for social aid beneficiaries; prostheses, orthopaedic apparatuses and their accessories; breast prostheses, ocular prostheses, hearing aids; ostomy appliances, prescribed drugs for the elderly (65 and over) and social aid beneficiaries.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the Régie de l'assurance-maladie or proof of residence is sufficient to establish eligibility. All residents of Quebec must be registered with the Régie de l'assurance-maladie to be admissible to the health insurance plan. No premium payment exists.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Plans

Minimum Residency

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec Health Insurance Plan when benefits under the province of origin cease, provided they register with the Régie de l'assurance-maladie.

Persons temporarily absent from the province, e.g., students, trainees, civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and persons absent for less than 12 consecutive months may also maintain their coverage, provided the Board is notified.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through "reciprocal billing", an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at approved standard inter-provincial rates.

The costs of physician services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent are paid at the lesser of the amount actually paid or the rate that would be paid for the same services in Quebec. Where such services are not available in Quebec, the full cost is reimbursed as long as treatment is recommended by two physicians and had received prior approval from the Régie.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The costs of hospital in-patient and out-patient services provided out-of-Canada are reimbursed by the Régie in emergencies only. Up to $700.00 is reimbursed in full and 50% of any amount in excess.

These conditions are waived for certain beneficiaries, for example, students, trainees, civil servants, and employees of non-profit organizations residing temporarily out-of-Canada, where the rate of payment is 100% of costs incurred for emergency hospital care and 75% for non-emergency hospital services.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to another country.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment.

There is no extra-billing by physicians in the province. While the majority of physicians practise within the provincial plan, Quebec allows for two other options: physicians who have withdrawn from the plan practise outside the plan but must agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating physicians who practise outside the plan entirely, so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the plan, except for emergency services.

Payment to Hospitals

The contract established between the Minister of Health and Social Services and a hospital centre provides for payment by the Minister to the hospital centre in respect of the cost of insured services provided.

In 1986-87, payments to hospitals in and outside the province for insured services totalled about $4.5 billion.

System of Payment

Physicians are paid in accordance with a fee schedule. Physicians who have withdrawn are paid directly by the patient in accordance with the fee schedule. The patient in turn collects from the Plan. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

For fiscal year 1986-87, payments to physicians, dentists and other practitioners amounted to about $1.5 billion for medical services rendered both in and outside the province.

Reasonable Compensation

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists. The Minister may enter into an agreement with the bodies representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. The Minister may also provide a different remuneration for physicians during the first years of practice according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceded by consultation with bodies representing health professionals.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Nursing home intermediate care and adult residential care services are provided by home care centres (les centres d'accueil ou d'hébergement) with admission coordinated through a regional admission system. Local community services centres (C.L.S.C.) receive individuals, evaluate their care requirements and either arrange for the provision of such services as day care or home care or refer the individual to the appropriate agency.

ONTARIO

The Ontario Health Insurance Plan (OHIP) combines both hospital and medical care. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the Canada Health Act.

PUBLIC ADMINISTRATION

The insured health program in Ontario is operated on a non-profit basis by an administrative unit of the Ministry of Health established under the Health Insurance Act to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

COMPREHENSIVENESS

Insured in-patient hospital services are as follows: standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical, delivery room, and anaesthetic facilities. Most out-patient services are insured, including: laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy and speech therapy facilities; diet counselling; and programs for haemophiliacs.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; charges for private-duty nursing; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs other than anti-rabies injections.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario also covers mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals, the residential component of the Homes for Special Care Program and ambulance services.

Insured medical services include all services provided by physicians that are medically necessary. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; and radiology and laboratory services in approved facilities; immunization, injections and tests.

Insured dental services include: repair of traumatic injuries; surgical incision; excision of tumors and cysts; treatment of fractures; homeografts; implants; alloplastic reconstructions and medically necessary odontectomies performed in a hospital.

Other insured health services include: oculo-visual assessments by optometrists; a drug benefit program for the elderly and those receiving social assistance; and, with some limitations, the services of chiropractors, osteopaths, chiropodists and approved physiotherapy clinics.

Uninsured services include: preparation of records, reports, certificates, communications, court testimonies; eyeglasses, prostheses, orthopaedic assistive devices and aids except those designated by the Assistive Devices Program; transportation charges except those covered by the Northern Health Travel Grant; medical examinations required for employment, life insurance, admission to camp or recreational activities; cosmetic surgery; acupuncture; and psychological testing outside of a hospital setting.

UNIVERSALITY

All residents, with the exception of members of the Royal Canadian Mounted Police, members of the Canadian Armed Forces and inmates of penitentiaries, who make their home and are ordinarily present in Ontario are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section).

Every resident of Ontario is required to register him/herself and dependants and to pay prescribed premium payments. All insured hospital, medical and in-hospital dental services, to which federal contributions are related, are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

Residents 65 years of age and over, their spouses and dependants are exempt from premium payment. Residents requiring financial assistance may obtain premium relief or assistance.

PORTABILITY

Minimum Residency

Benefits are available within three months of establishing residency and upon payment of premiums.

Coverage is available to the following persons, upon payment of the first premium, as long as it is made within the prescribed period of time applicable to each category: persons from other provinces, where eligibility under their provincial health insurance plan has ceased; discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police; inmates discharged from penitentiaries; missionaries returning to Canada; students returning to Canada within one year of departure; landed immigrants; and foreign students enrolled in an Ontario educational institution for more than one year.

Payment Arrangements In-Canada

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces or territories for insured hospital in- and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the plan in the province where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Insured physician services are paid at the same rate as that which would be paid in Ontario for the same service. Ontario supports the use of the standard claim form for billing of medical claims.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Emergency hospital care or elective hospital care not available in Canada is paid at 100% of insured services at the standard ward rate of the providing hospital. Elective hospital care which is available in Canada is paid at 75%.

Insured medical and dental care services received outside Canada are paid up to the Ontario Health Insurance Plan rates.

Permanent Moves Out-of-Province

Ontario residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits until coverage of another provincial health insurance plan takes effect, or up to the first day of the third month after departure. Ontario residents moving permanently outside of Canada are entitled to insured services up to the fourth month following their departure.

ACCESSIBILITY

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured services because of financial difficulties.

Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospitals by a physician. A user charge in respect of chronic hospital care applies, and it is permissible by virtue of Section 19(2) of the Canada Health Act. Income exemption provisions ensure access to those in financial need.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. The physician-to-population ratio in 1986 was 1:474. An Underserviced Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to general physician services. Two programs enhance access to health services for residents of Northern Ontario: the Northern Medical Specialist Incentive Program provides financial assistance to specialists locating their practice in Northern Ontario; and the Northern Health Travel Grant financially assists patients who must travel a minimum of 250 kilometres one way in Northern Ontario or Manitoba or a minimum of 300 kilometres one way in the rest of Ontario to receive hospital and medical specialist services.

Financial barriers limiting access to the insured services of physicians, dentists and optometrists have been removed with the passage of the Health Care Accessibility Act. Physicians and optometrists, who bill their patients directly, and dentists may not charge or accept payment for more than the amount payable under the Plan for rendering an insured service to an insured person.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system incorporating annual increases to the grants to reflect the effects of inflation, workload increases, introduction of approved new programs, and cost increases in respect of growth in volume of specific designated life-support programs. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

In 1986-87, Ontario paid hospitals and contract facilities an estimated $5.3 billion for insured services. Payments to hospitals out-of-province totalled $93.9 million for insured services provided to Ontario residents.

System for Payment of Medical Care

Insured services provided by physicians and dentists in the province are paid on a fee-for-service basis, according to the Schedules of Benefits in the Health Insurance Act and Regulation 452, (Schedules 15, 16, 18, 19, 20). Physicians elect to opt in and bill the plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. Opted-out physicians in Ontario have the option to bill OHIP directly for certain specified groups of patients and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions. The ratio of opted-out to opted-in physicians has fallen since the passage of the Health Care Accessibility Act, from 10.6% to 4.3%.

Payments to physicians, dentists, and other health care practitioners totalled $3.2 billion in 1986-87.

Reasonable Compensation

The Joint Committee on Physicians' Compensation is composed of representatives from the Ontario Medical Association and the provincial government, and a neutral chairman. Agreements acceptable to both parties regarding global adjustments to the OHIP Schedule of Benefits are aimed at; however, in instances of impasse, the Chairman may be asked to act as fact-finder.

Representatives of government and the Ontario Dental Association negotiate agreements on adjustments to the OHIP Schedule of Benefits which cover insured dental services provided in hospital.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Extended health care services in Ontario include long-term institutional care for adults as provided through the Extended Care and Homes for the Aged Programs, and both the acute and chronic care components of home care through which such supplemental features as home renal dialysis and hyperalimentation are provided.

MANITOBA

The Manitoba Health Services Insurance Plan is a combined hospital and medical care plan. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the Canada Health Act.

PUBLIC ADMINISTRATION

The insured health program in Manitoba is administered by the Manitoba Health Services Commission which is a non-profit agency of government established under the Health Services Insurance Act, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Commission is required to submit an annual report to the Minister of Health including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures. The accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS

Insured hospital services are as follows: standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy. Most out-patient services are insured. In some cases, the hospital may charge for take-home supplies of drugs and dressings.

There are also a number of programs for which the Government of Canada does not make financial contributions. These include Pharmacare, certain chiropractic and optometric services, northern patient transportation, air ambulance and an ambulance grant program.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; personal services such as television, radio, telephone, etc.

Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in facilities approved by the Commission; immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a registered dental surgeon or a registered oral surgeon in hospital only, include: surgical removal of any teeth where a hospital is required; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include: examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university, etc., or performed at the request of a third party; group immunization or other group services except where authorized by the Commission; services provided by a medical practitioner to him/herself or any dependent; preparation of records, reports, certificates or communications; mileage, travelling time, advice by telephone, or testimony in court; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists, and other practitioners not provided for in legislation.

UNIVERSALITY

All residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police and inmates of penitentiaries, who make their home and are ordinarily present in Manitoba, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). Every resident of Manitoba is required to register him/herself and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related, are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions.

PORTABILITY

Minimum Residency

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province. Returning Canadians and landed immigrants arriving from out-of-Canada are insured on date of arrival in Manitoba.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to twelve months.

Payment Arrangements In-Canada

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories for insured in- and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the plan in the province where hospitalization occurs. Manitoba pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Insured physician services are paid at the rate of the plan in which services are provided (host province rate).

Payment Arrangements Out-of-Canada

Emergency hospital care, or hospital care which, in the opinion of the Commission, could not have been provided adequately in Manitoba, is paid at the greater of 75% of the hospital's charges for the service or an average daily rate based on the cost of such services in Manitoba hospitals of comparable size. In cases of demonstrated financial hardship, the Commission is authorized to pay more than normal benefits. The Commission does not normally pay for out-of-Canada elective care that is available in Manitoba.

Insured medical and dental services received outside Canada are paid up to the Manitoba rate, when: required due to accident or sudden illness, in the Commission's opinion could not be adequately provided in Manitoba, provided to a person named in an out-of-province certificate, or provided to an insured resident temporarily employed or studying outside of the country. Approval of the Commission must be obtained in other cases.

Permanent Moves Out-of-Province

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

ACCESSIBILITY

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

Manitoba states that it compares favourably with the national average in respect of hospital beds available to residents, including beds in teaching hospitals.

As well, Manitoba states that it compares favourably with the national average with respect to physician-to-population ratio. Incentive programs currently exist in order to attract physicians to some rural areas and to some specialties that are experiencing a shortage of physicians; the Standing Committee on Medical Manpower continues to address the issue.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services.

Total Commission expenditures for hospital services during the fiscal year 1986-87 amounted to $672,490,000. This includes payments to federal hospitals in the amount of $1,244,000; $11,700,000 to contract facilities and Red Cross Blood Transfusion Services; $14,873,000 to hospitals outside the province; and $644,673,000 to public general hospitals.

System of Payment for Medical Care

Physicians in the province are paid on the basis of a fee schedule negotiated annually with the Manitoba Medical Association. Legislation was enacted effective August 1, 1985, prohibiting extra-billing.

The Commission's expenditures for medical services in 1986-87 totalled $221,922,000, including medical fee-for-service, salary, private laboratory and x-ray facilities, as well as oral, dental and periodontal surgery.

Reasonable Compensation

The 1986-87 fee increase to medical practitioners was determined by a board of arbitration as set out in an agreement between the Manitoba Medical Association and the Commission.

Fees for insured dental services are negotiated with the Manitoba Dental Association.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Through the provisions of the Manitoba Health Services Insurance Plan, coverage is provided for persons residing in Personal Care Homes. Benefits under the program include: accommodation at the standard ward level; meals, including special and therapeutic diets; necessary nursing services; routine medical and surgical supplies; prescribed drugs, biologicals and related preparations approved by the Plan; physiotherapy and occupational therapy services; routine

laundry and linen services; other goods and services approved by the Plan. Residents of personal care homes pay a daily residential charge which was $18.40 on March 31, 1987.

As well, through the provisions of the Home Care Program, a wide variety of services are provided to persons in their own homes, and include: health and personal care services; therapy services (including home oxygen therapy); and home dialysis.

Coordinated with the Personal Care Home Program, Home Care also provides residents with adult day care and respite care services.

SASKATCHEWAN

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance Plan

The Saskatchewan Hospital Services Plan is administered on a non-profit basis by the Provincial Department of Health. Saskatchewan Health is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health. The Saskatchewan Hospitalization fund, through which the plan is financed, is audited annually by the provincial auditor who submits a report to the Minister of Health which is tabled in the Saskatchewan legislature.

Medical Care Plan

The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan is administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health. The Medical Care Insurance Fund is also audited by the provincial auditor.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals through the Saskatchewan Hospital Services Plan. Insured services include: public ward accommodation; necessary nursing services; operating and case room facilities; surgical dressings and casts, as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures, with necessary interpretations; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physio-therapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; and all drugs, biologicals and related preparations administered in hospital and approved by the Minister.

Uninsured services under the Saskatchewan Hospital Services Plan, either in province or out-of-province include: Level IV Extended Care; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services of persons not employed by the hospital; custodial care whether provided in hospital or at home, or care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; authorized user charges (co-insurance) applied by British Columbia hospitals; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take home drugs and appliances.

In addition to insured hospital services, the plan also funds directly, or through grants to hospitals, a variety of other agencies, programs and activities including: The Saskatchewan Cancer Foundation; the Canadian Red Cross Society; community clinics; osteopathic services; and physical therapy facilities.

Medical Care Plan

A comprehensive range of insured services is provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under the Saskatchewan Medical Care Insurance Plan, either in province or out-of-province include: travelling; advice by telephone; surgery for cosmetic purposes with exceptions; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to insured physician and dental services, the Medical Care Insurance Plan also covers visits and x-ray services by chiropractors and certain eye examinations by optometrists.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons, as prescribed by the Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations, are entitled to make use of services provided through the plan. A person must be a resident of the province, that is, someone legally entitled to remain in Canada, who makes his/her home and is ordinarily present in the province or any other person declared by the Lieutenant Governor in Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following persons are ineligible for benefits: students from another province or territory entitled to or eligible for benefits in their home province; members of the R.C.M.P.; members of the regular forces of the Canadian Armed Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

The minimum residency period for residents to be eligible to receive insured services does not exceed three months.

Persons entitled to first-day coverage for insured health services include: newborns; abandoned children; adopted children; members of the Canadian Armed Forces upon discharge; members of the R.C.M.P. upon release from duty; parolees and penitentiary prisoners upon discharge; prisoners in a provincial (municipal) jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the Saskatchewan Assistance Act.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence providing that: the person is physically present in Saskatchewan for at least four months of each year; the person is in full-time attendance at an educational institution outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months and intends to continue residing in the province upon completion of the contract; or the person is ordinarily physically present in Saskatchewan but is temporarily absent from the province for not more than 12 consecutive months for the purpose of a vacation, visit, business engagement or employment.

Payment Arrangements In-Canada

The hospital plan pays for insured hospital services at the provider province rates. A common claim form is used by the out-of-province hospital to bill its provincial hospital insurance plan, which in turn bills the Saskatchewan Hospital Services Plan.

The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan pays for insured medical services at rates customarily paid to Saskatchewan physicians. Out-of-province physicians can bill the plan through the use of the Standard Claim Form or they may directly bill the patient who can obtain reimbursement from the Saskatchewan plan.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The hospital plan pays at the Saskatchewan rate providing that the service is recognized as an insured hospital service in Saskatchewan. Beneficiaries may pay for service directly or have the bill forwarded to the Saskatchewan Hospital Services Plan.

The medical care plan pays for medical services at rates approved in Saskatchewan. Payment can be made either to the patient or the physician after acceptable documentation is received by the plan.

Physician services not available in Saskatchewan may be eligible for special coverage if a specialist physician notifies the Commission prior to the service being provided and the Commission agrees that the service is not available in the province. Payment is at a rate considered to be fair and reasonable by the Commission.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently out-of-province or out-of-Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Saskatchewan states that reasonable access to hospital and medical services is available for Saskatchewan residents.

There are 134 hospitals with in-patient and out-patient services widely available throughout the province. No user charges exist for hospital services. There are over 1130 active physicians throughout the province. Effective August 1985, extra-billing by physicians, dentists, chiropractors, and optometrists has been banned.

Payment to Hospitals

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to hospitals. Semi-monthly payments are made by the plan on the basis of the estimated reasonable cost of providing insured services by each hospital in the fiscal year.

During the twelve months ending March 31, 1987, payments totalling $435,657,000 were made to hospitals in the province for in-patient care and $58,868,000 for out-patient services. Saskatchewan hospitals received $5,350,000 for in-patient and out-patient care provided to residents of other provinces under reciprocal agreements with other provinces. Payments for insured services provided in hospitals outside the province to Saskatchewan residents amounted to $21,922,000 in 1986-87.

System of Payment for Medical Care Services

Insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Care Insurance Commission payment schedule and assessment rules.

Reasonable Compensation

Legislative provisions include a method for determining reasonable compensation for physicians. Under these procedures, the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association are to attempt to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. The legislation also includes the establishment of a Medical Compensation Review Committee and a Medical Compensation Review Board, which is an arbitration panel that acts in the event that the committee is unable to reach an agreement.

Payments by the Commission to physicians for insured services for the fiscal year ending March 31, 1987, were estimated at $192,500,000. Dentists received an estimated amount of $1,047,000.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Long-term institutional care for adults is provided in special-care facilities. As well, home care and ambulatory care are provided.

ALBERTA

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospitalization Benefits Plan and the Health Care Insurance Plan are administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Hospitals and Medical Care is responsible for the plans. The accounts are audited annually by the Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary for the treatment of a patient; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport an in-patient between hospitals; and out-patient goods and services including goods used in a medical procedure and excluding goods provided to a patient for use upon discharge from an approved hospital or facility.

Insured health services under the Medical Plan include all services provided by physicians that are medically required and listed in the Medical Benefits Regulations; and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in the Regulations.

Services not insured under the plans include: medical-legal services; advice by telephone; examinations required for use of third parties, except as otherwise directed by the Minister; services that a resident is eligible to receive under a Statute of any other province, under any Statute relating to Workers' Compensation or under any Statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of a medical practitioner; any drugs, biologicals and related preparations which are not considered necessary for the proper treatment of in-patients or out-patients, or have not been proven satisfactory for general use in hospitals; medical practitioner charges for cosmetic surgery; services in connection with group immunizations against a disease or services in connection with group examinations by a practitioner, except in cases where the Minister has given prior approval; and services provided by a practitioner to his/her own family except where the Minister rules otherwise.

In addition to those medically required health services defined in the Canada Health Act as insured services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides some benefits in respect of additional services including chiropractic, physiotherapy, optometric and podiatric services.

The extended health benefits and non-group Blue Cross programs provide additional benefits for eyeglasses, drugs, ambulance services, hearing aids, registered clinical psychological services, home nursing care, appliances, and dental goods and services to residents aged 65

and older, their spouses and dependants, and eligible widows and widowers aged 55 to 64 and their dependants, without payment of premiums.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents of Alberta are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan. A resident is defined as "a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in Alberta and any other person deemed by the Regulations to be a resident, but does not include a tourist, transient or visitor to Alberta". Every resident of Alberta is required to register him/herself and dependants with the Minister. However, should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependants. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Although Alberta has a premium system, no Alberta resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. Eligibility for benefits is not linked to premium coverage. The Alberta Health Care Insurance Plan operates a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships and provides premium-free coverage for seniors and their spouses, widows and widowers aged 55 to 64 under the Widows Pension Act, recipients of social allowance programs and dependants of those receiving this premium-free coverage.

Any resident of Alberta registered under the Health Insurance Premiums Act is eligible to receive insured hospital services.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

The minimum residency period for coverage under the Alberta Hospitalization Benefits Plan does not exceed three months.

First day coverage is provided for landed immigrants, returning Canadians and people released in Alberta from the R.C.M.P., the armed forces and from federal penitentiaries.

Payment Arrangements In-Canada

Payment for insured hospital services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate that is approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs between them in a different manner.

Alberta is participating in the interprovincial working group set up by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. The purpose of the working group is to examine the portability requirements of the Canada Health Act. The working group prepared their report for the conference of Deputy Ministers which ratified the recommendation that the process begin nationally at an acceptable date. The tentative national implementation date for the reciprocal processing of medical claims is April 1, 1988. Currently, to promote portability,

Alberta is encouraging the use of the standard out-of-province claim form approved by the Advisory Committee.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospitals are paid for goods and services to in- and out-patients, at the lesser of (a) the rates prescribed by the Minister from time to time, and (b) the rates charged by the hospital or facility for the goods and services. In prescribing the rates, the Minister may take into account the size, standards of service and type of hospital and any other relevant factors.

Alberta's in-patient per diem rates for out-of-Canada hospital services are $280 for primary services, $365 for secondary services and $570 for tertiary and specialized services. The standard out-patient per diem rate is $100.

The plan pays for practitioners' services, up to a maximum of the Alberta Schedules of Benefits.

At this time, when a resident of Alberta is temporarily absent from Canada, the plan will pay for practitioners' services to a maximum of the Alberta Schedules of Benefits.

Alberta provides an emergency financial assistance program, applicable when services are not available in Alberta and when the resident is referred by an Alberta physician or when a resident, while temporarily absent from Alberta, requires the services because of an emergency which would not reasonably have been foreseen or guarded against. The program applies only if the excess cost places an undue financial burden on the resident.

Permanent Moves Out-of-Province

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province of Canada is entitled to continued coverage for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending one, two, or three months, as prescribed by the Minister, from the date of leaving Alberta, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continued coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable for the period of continuing coverage.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

To ensure reasonable access to hospital services, Alberta, in 1986-87, had 125 acute care hospitals and 45 auxiliary hospitals operating throughout the province. These hospitals have

an approved bed complement of 12,277 acute care beds and 5,013 auxiliary beds. The total number of acute care and auxiliary beds (17,290) provide a ratio of 7.3 beds per 1,000 population. A $14.00 per diem charge applies ($10.00 prior to January 1, 1987) in auxiliary hospitals after 120 days. This charge is compatible with the exclusions provided for under Subsection 19(2) of the Canada Health Act.

Residents have access to health care facilities throughout the province. Health care professionals are highly educated and standards are rigorously maintained. To ensure reasonable access to physician services, a physician incentive program is in place to encourage physicians to locate in underserviced areas. The number of medical practitioners practising in Alberta increased by 3.4% between March 1986 and March 1987, from 3,554 to 3,676. The total number of medical services increased by 4.6% from 25,221,311 in 1986 to 26,375,647 in 1987.

Payment to Hospitals

Hospitals are funded mainly through global budgets. Hospitals requesting additional funding must submit a proposal to the Department of Hospitals and Medical Care, detailing the amount required and the reasons for the additional funding. The Department reviews each proposal on a line-by-line basis.

In 1986-87, total payments (for operating and capital expenditures) to hospitals (active and auxiliary) in the province are estimated to be $1.9 billion. Payments to hospitals outside the province are estimated at $19.1 million during the same year.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners may bill the plan or the patient. Extra-billing was terminated in Alberta on October 1, 1986.

In 1986-87, total payments to physicians and dentists in Alberta amounted to $606.3 million. Payments for medical services outside of Alberta totalled $9.8 million.

Reasonable Compensation

After two years of no increase in fee-for-service benefit levels for Alberta physicians, a fifteen-month agreement was negotiated to cover the period January 1, 1986 to March 31, 1987. The 3.72% increase in benefits was implemented in the form of a 4.65% increase over 12 months made effective April 1, 1986. A further 1.53% increase in benefits effective October 1, 1986 was negotiated to compensate Alberta physicians for the loss of extra-billing privileges.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

The Alberta Nursing Home Plan provides care to Alberta residents not well enough to be accommodated in private homes or facilities such as senior citizens' lodges, but not ill enough to require care in an active treatment or auxiliary hospital. Nursing home care has recently been upgraded by, for example, increasing the hours of nursing care provided in nursing homes, introducing physiotherapy and occupational therapy services, and upgrading recreational programs.

In addition to these extended health care services the Department of Community and Occupational Health administers the Alberta Aids to Daily Living Program and the Coordinated Home Care Program.

BRITISH COLUMBIA

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Hospital Programs Division of the Ministry of Health. The Division is responsible to the provincial government for the administration and operation of the plan.

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by Statute. The Commission is responsible to the provincial government for the administration and operation of the plan.

The Hospital Programs Division and the Medical Services Commission are subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The following insured services are provided by hospitals: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations, together with such other diagnostic procedures as approved by the Minister; drugs, biologicals, and related preparations, when administered in a general hospital specified in the Hospital Insurance Act; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; other services, approved by the Minister which are rendered by persons who receive remuneration from the hospital; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Take home drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare Program. With respect to plastic surgery for cosmetic reasons, hospital costs will be covered if the operation is required to be performed in a hospital, but the charges of the medical practitioner are not insured.

Medical Care Plan

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners and specified dental surgery when necessarily performed in hospital by a dental surgeon. The broad category of services covered are: consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

The following services are available in British Columbia through a medical practitioner but are not insured: provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third party request for medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office and acupuncture.

Supplementary Benefits

Although neither financially supported under the federal-provincial fiscal arrangements nor subject to the criteria of the Canada Health Act, the British Columbia Medical Services Plan provides coverage for services rendered by chiropractors, optometrists, physiotherapists, massage practitioners, podiatrists and naturopathic physicians. There is a $5.00 patient visit charge for each visit to a practitioner - except optometrists - but low-income persons are exempt.

Other Health Care Services

In addition to the Hospital Insurance Plan and the Medical Services Plan, the province directly or indirectly provides a wide variety of health services and programs including (but not exclusively): homemaker services, group homes for the handicapped, alcohol and drug programs, mental health services, a wide variety of public health and health promotion programs and speech and hearing services. Many of these programs are provided without federal support.

The Pharmacare program provides full coverage of prescription drugs to residents of licensed continuing care facilities and for those individuals and their dependents eligible for social assistance. Coverage is provided for persons over 65 years of age with a 75% copayment of prescription fees. All other persons are eligible for 80% coverage after paying a deductible of $275 per year.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

One hundred per cent of qualified residents are entitled to hospital and medical care insurance coverage. Any person who is a "resident" of British Columbia and is not a tourist, transient or visitor is entitled to such coverage commencing upon completion of a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual became a resident.

There are no premiums for the Hospital Insurance Plan, but there is a daily charge for extended hospital care. This charge is adjusted four times yearly to reflect adjustments made in income supplements for seniors and the charge was $16.00 at the end of the fiscal year.

Enrollment in the Medical Services Plan is not mandatory, however, payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. Persons with low income may be eligible for either a 55% or 95% reduction in the premiums assessed. As well, retroactive coverage for up to several months may be possible for persons previously enrolled in the plan but who have allowed their premiums to lapse, if the required premium payments are made.

Coverage is available on uniform terms and conditions. However, low-income persons are eligible for the premium subsidies referred to above and for reimbursement for patient visit charges paid for supplementary benefits.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

The minimum residency requirement for hospital insurance and medical care coverage does not exceed three months. However, inmates in federal penitentiaries are not covered under the Medical Services Plan, as they fall under the jurisdiction of the federal government. The plan does provide "first-day coverage" to these individuals upon their release, that is, the requirement for any waiting period is waived. Members of the RCMP and armed forces are also entitled to first-day coverage if they are discharged in British Columbia, but must wait the prescribed period if discharged elsewhere.

Individuals who leave the province temporarily on an extended vacation or for temporary employment are covered for up to 12 months.

Persons attending school outside of Canada or working for organizations such as CUSO or CIDA may be entitled to coverage for up to five years and up to two years respectively while away from the province. Continuous coverage will be maintained, subject to payment of the required premiums, unless the individual does not return prior to the expiration of coverage, in which case he/she must wait the required three months.

Individuals who maintain a second residence outside the province must reside in British Columbia for at least six months each year in order to maintain coverage.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital charges are paid at the rate actually charged by the hospital. Payment for medical services is made at the rate billed or at the rate provided for in the British Columbia fee schedule, whichever is less.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Emergency hospital care is reimbursed to the individual at the cost actually incurred, up to a limit of $75.00 per day (in Canadian funds). Emergency medical care is paid for in accordance with the schedule of services provided in the province.

In cases of non-emergency care where treatment is available within the province, authorization in writing must be obtained in advance from the Hospital Programs Division for hospitalization and from the Medical Services Commission for medical care services to ensure coverage. Hospital services will be paid the average rate for British Columbia hospitals, and medical services will be paid in accordance with the British Columbia fee schedule.

Authorization obtained for treatment not available in British Columbia will be paid at the usual and customary rate that is charged at the place for such treatment.

Permanent Moves Out-of-Province

Persons moving permanently to another part of Canada or to another country are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure. Additional coverage, not to exceed three months, will be granted for a reasonable period of travel.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital and medical care services.

Payment to Hospitals

Regular bi-weekly payments to hospitals are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. Adjustments are then made quarterly during the fiscal year.

The 1986-87 cost of hospital programs (includes program management, operating contributions to hospitals, hospital construction and renovation and hospital equipment) was estimated at $1,533,165,853.

System of Payment for Medical Care

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Commission to individual physicians in the province, based on invoices that have been submitted. The patient is not normally involved in the payment system.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission in collaboration with the British Columbia Medical Association. Dentists and other health care practitioners offering insured services have their own individual fee schedules established by the Commission.

The Medical Services Commission paid out $897,498,000 in benefits for medical care for the year ended March 31, 1987.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Supplementing the services provided through the Hospital Insurance and Medical Services Plans, the province directly or indirectly provides a wide variety of care services which receive federal funding from the EHCS block-fund including (but not exclusively), adult day care; home care nursing; community physiotherapy; long-term adult residential care in personal and intermediate care facilities and services rendered at assessment and treatment centres.

YUKON

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Yukon's Hospital Insurance Services Plan and the Health Care Insurance Plan are administered by employees appointed pursuant to the Public Service Act. Both plans are non-profit and are subject to audit by the Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

All Level III, IV and V in-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically necessary. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Exclusions include: non-resident hospital stays (e.g. medical boarding, Level I or II care provided in a hospital); drugs and biologicals required following discharge; preferred accommodation surcharges when not medically necessary; special services at the patient's request (television charges, private nursing when not medically necessary, etc.).

Medical Care Plan

Medically required services provided by medical practitioners are fully insured if provided in Canada. Dental services are limited to those dental-surgical procedures scheduled in the Regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance, e.g., surgical removal of teeth, root resection, etc.

Exclusions include: services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; and services under other territorial or federal Acts.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All Yukon residents are entitled to full coverage under the plans. Services which are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the Canada Health Act.

The Yukon Health Care Insurance Plan Act does require registration of self and dependants upon establishing residency. Eligibility is not linked by Statute or Regulation to registration. The Health Care premium was abolished effective March 31, 1987.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions have been rendered consistent in regulations, policies and procedures. Coverage is effective within three months of arrival in the territory.

First day coverage is provided for returning nationals, landed immigrants, persons discharged from the armed forces, RCMP and federal penitentiaries, and ministerial permit holders. Extended coverage is available in certain circumstances, upon application. Normally such extensions are limited to 12 months.

Payment Arrangements In-Canada

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services are paid at the same rate as in Yukon. Insured medical care services are paid up to the Yukon rate.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital and medical care services are paid at the rate charged or the prevailing Yukon rate, whichever is the lesser. No conditions are imposed regardless of whether care is urgent or elective.

Permanent Moves Out-of-Province

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating to another province.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting list for admission exists. Yukon operates with hospital bed over-capacity, particularly in outlying areas where district hospitals may have occupancies as low as 20%.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and universal, first-dollar indemnity travel plan for medical treatment.

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Yukon states that it has an over-supply of physicians, dentists and dental surgeons. The physician-to-population ratio is nearing 1:500.

Payment to Hospitals

Approved Yukon hospitals operate on a budget review basis. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan, for review. Quarterly advances are made to hospitals for both in-patient and out-patient services following approval of a joint administrative Memorandum of Understanding reached in January 1986.

Payments to Yukon hospitals totalled $9,225,217 in 1986-87. Total payments to hospitals out-of-Territory equalled $3,255,261 during the same period. For in-Territory in-patient services there were 4,501 separations (discharges and transfers of adults, children and newborns) and 18,983 days of care. Out-of-Territory there were 681 separations and 6,574 days of care. In-Territory insured out-patient services totalled 24,955 and 3,192 out-patient services were provided out-of-Territory.

System of Payment for Medical Care

All Yukon physicians bill the Health Care Plan directly.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners on an annual or bi-annual basis (depending on the duration of the agreement in force) with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly (monthly to quarterly) to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1986-87, payments to physicians totalled $5,447,153. Payments to dentists totalled $44,997. Reimbursements were made to residents in the amount of $29,228. There were 105,636 claims paid to in-territory physicians, 13,364 to out-of-territory physicians, and reimbursement made directly to residents for 355 claims.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

In addition to the insured benefits covered under the Yukon Plan, supplementary benefits are provided under the Health Benefits Programs including: Pharmacare; Extended Health Benefits for Seniors; and a Chronic Disease and Disability Program. There is also a universal, first dollar, Travel for Medical Treatment program which covers elective as well as emergency health transportation both within the Yukon and to tertiary care centres in Alberta and British Columbia. Some of the features of these services are funded under the provisions of EHCS per capita funding. Total provincial expenditures for the Health Benefits Programs were $1,415,362 for fiscal year 1986-87.

As well, as noted in the Comprehensiveness Section (Hospital Insurance Plan), nursing home intermediate care and adult residential care services are provided in designated beds in hospitals.

NORTHWEST TERRITORIES

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Program is administered by a board appointed by the Government of the Northwest Territories. The Board is a non-profit organization whose secretariat staff are members of the Department of Health. Each hospital is required to submit annual statements which have been audited by a public accounting firm. The Internal Audit Bureau of the Government of the Northwest Territories is also required by the Territorial Hospital Insurance Services Act to perform an examination of the operations of each hospital.

The Medical Care Program is administered entirely by the Territories' Department of Health. The Auditor General of Canada is responsible for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

In-patient and out-patient services provided under an approved program in approved hospitals are insured services.

Services that are considered by a province or the health community at large to be experimental are not insured. As well, services for cosmetic surgery are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for Chronic and Extended Care. A co-insurance payment is charged where practical for those able to afford it.

Medical Care Plan

The Medical Care Program insures all medically required procedures provided by medical practitioners. Dental services are limited to oral surgery required as a result of injury or disease of the jaw.

The Government of the Northwest Territories funds additional supplementary programs out of the Consolidated Revenue Fund. They are a Pharmacare program, an Extended Medical Benefits program and a Medical Travel Subsidy program.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Territorial Plans entitle 100% of the residents of the Northwest Territories to be registered. Residency requirements are in accordance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. There are no special provisions outside of this agreement.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residency

The minimum residency period does not exceed three months, though the plan reserves the right to determine whether an individual has indeed taken up residence or is itinerant.

First-day coverage is provided to landed immigrants, inmates released from federal penitentiaries and individuals discharged from the armed forces or the RCMP.

Payment Arrangements In-Canada

One hundred per cent of hospital and medical care services are covered at the rate assessed by the host province. Patients are not required to receive prior approval. Patients are not billed directly for hospital services, but may be reimbursed directly for medical care services, if required. However, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Non-referred residents must present the original receipt in order to be reimbursed up to the equivalent of that paid for services in the Northwest Territories. If the services are not available in the Northwest Territories, an appropriate location in Canada is used to establish cost.

Referred patients, where physicians and the government agree that the appropriate services are not available in Canada, receive full coverage of all appropriate hospital bills in the amount charged by the host institution.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

All residents of the Northwest Territories have free access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories.

Payment to Hospitals

Northwest Territories' hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through interprovincial reciprocal billing agreements. Expenditures for insured hospital services amounted to $48.9 million in 1986-87.

System of Payment for Medical Care

Physicians can be employed on salary by the government or one of the hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis. Payments for insured medical services amounted to $10.1 million in 1986-87.

Reasonable Compensation

During the 1986-87 fiscal year, the Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association negotiated two agreements, subsequently signed into law, as regulations of the Medical Care Act. These regulations covered the period July 1, 1986, to June 30, 1987, and permitted an overall annual net increase of 3.25%.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Although there are no long-term institutional care facilities per se, extended care services are provided as required under the Hospital Insurance Plan. As well, home care services are provided in the Yellowknife, Hay River, Fort Smith and Inuvik communities.

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

1986-87
Loi canadienne sur la santé
Rapport annuel

Canada

Son Excellence la très honorable Jeanne Sauvé, Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé pour l'année financière terminée le 31 mars 1987.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.

Jake Epp
Ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social

Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987
N° de cat. H 1-4/1986
ISBN 0-662-54909-0

TABLE DES MATIÈRES

Page

PRÉFACE 5
INTRODUCTION 7

CONDITIONS D'OCTROI ET DE VERSEMENT

- Survol de la Loi canadienne sur la santé 8
- Règlements 10

CONTRIBUTIONS ET VERSEMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

- Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé 11
- Contributions et versements aux provinces 11
- Tableau I : Droits pécuniaires aux provinces à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé 1986-1987 13
- Tableau II : Droits provinciaux annuels au titre des contributions fédérales aux services de santé assurés 14
- Tableau III : Paiements en espèces effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé 1986-1987 . . . 15
- Tableau IV : Sommaire des déductions pour 1986-1987 en application de la Loi canadienne sur la santé 16
- Déductions pour surfacturation et imposition de frais modérateurs 17
- Loi canadienne sur la santé - Application 19
- Renseignements 21

APPLICATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

- Faits saillants 22
- Terre-Neuve 23
- Île-du-Prince-Édouard 27
- Nouvelle-Écosse 31
- Nouveau-Brunswick 35
- Québec 39
- Ontario 43
- Manitoba 49
- Saskatchewan 53
- Alberta 59

- Colombie-Britannique 65
- Yukon. 71
- Territoires du Nord-Ouest 75

PRÉFACE

La Loi canadienne sur la santé constitue le cadre législatif fédéral sur lequel repose le réseau médico-hospitalier canadien. Par l'intermédiaire de leurs régimes imbriqués d'assurance-santé, les provinces et les territoires peuvent bénéficier d'un appui financier considérable du gouvernement fédéral à condition de satisfaire à certains critères. Ces critères, à savoir un accès satisfaisant aux services qui ne soit pas restreint par des frais modérateurs ou par la surfacturation, l'intégralité de la couverture, l'accès universel aux services, la transférabilité de la couverture et l'administration publique sans but lucratif, sont la pierre angulaire de l'infrastructure sanitaire canadienne[1].

La Loi, promulguée le 1er avril 1984, réaffirmait l'adhésion du gouvernement fédéral aux principes qui sont à l'origine du réseau médico-hospitalier. Il était alors impérieux de renforcer la législation existante car il a été jugé que les frais directs imposés aux bénéficiaires des services hospitaliers et médicaux restreignaient l'accès aux soins de santé de nombreux Canadiens en raison de considérations financières. Le gouvernement fédéral a exigé l'élimination de la surfacturation par les médecins et des frais modérateurs imposés par les hôpitaux afin de préserver l'un des principes fondamentaux qui sous-tendaient le système national de soins de santé. Ainsi, la Loi prévoyait que le gouvernement fédéral déduirait de ses contributions un montant équivalent aux frais modérateurs ou aux sommes facturées en sus des honoraires prévus dans les barèmes provinciaux et fixerait une limite de trois ans après l'entrée en vigueur de la Loi pour le recouvrement des sommes ainsi retenues.

Depuis l'adoption de la Loi, les provinces et les territoires qui imposaient des frais directs aux patients ont pris des mesures afin d'éliminer les frais modérateurs et la surfacturation, tels qu'ils sont définis dans la Loi. Par conséquent, les résidents du Canada n'ont plus à s'inquiéter des coûts lorsqu'ils ont recours aux services médicaux et hospitaliers inclus dans la Loi.

Il est évident qu'un système national d'une envergure et d'une complexité semblables présente certains défis et soulève certains problèmes. Nous avons néanmoins réussi à établir, de concert avec les provinces et territoires, des modalités de facturation réciproque pour les services hospitaliers, et les négociations afin d'arriver à un arrangement semblable pour les services médicaux vont bon train.

---

1 Surfacturation : "Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé".

Frais modérateurs : "Frais d'un service de santé autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation".

Mon Ministère suit attentivement les nouveaux développements en ce qui concerne les régimes provinciaux. Parmi ces développements figurent la suppression de certains services médicaux de la liste des services assurés et l'imposition de frais aux patients pour des services qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires. Un nombre de questions susceptibles d'être en conflit avec la Loi ont été identifiées et résolues par la suite, alors que certains sujets sont présentement à l'étude.

Pour sa part, le gouvernement fédéral continue de veiller à ce que les provinces et les territoires offrent les services assurés à la population canadienne afin de préserver le principe de l'intégralité de la couverture, tel qu'il est défini dans la Loi, et de faire en sorte que rien ne vienne réduire l'accès aux services assurés.

Au fil des ans, les Canadiens en sont venus à compter sur cette protection et à apprécier les services de santé offerts dans le cadre de notre excellent régime national d'assurance-santé, qui est de loin l'un des meilleurs programmes sociaux en son genre. Maintenant que le principal objectif de la Loi a été atteint, il nous faut consolider nos réalisations et notre expérience afin d'être en mesure d'exploiter les possibilités qui s'offriront à nous dans l'avenir. Le système que nous avons érigé devra faire face à des exigences nouvelles et imprévues en raison de facteurs comme le vieillissement de la population, l'apparition de nouvelles maladies, les progrès technologiques ainsi que l'augmentation des coûts des soins de santé. Les progrès futurs dans le domaine de la santé ne devront pas ébranler la structure du système que nous avons construit et ils seront largement tributaires des efforts concertés des gouvernements, des professionnels de la santé, des organisations bénévoles et de la population. En relevant ces défis, il importe de ne pas perdre de vue les valeurs sociales et les attentes des Canadiens. La Loi canadienne sur la santé a été et continuera d'être un élément important de l'infrastructure sanitaire canadienne.

Jake Epp

Introduction

La Loi canadienne sur la santé a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui est entrée en vigueur le 1er avril 1984, abolissait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Des modifications corrélatives ont été apportées à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis (Loi sur le FPE); la nouvelle Loi s'appelle maintenant Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé.

Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la Loi canadienne sur la santé, à savoir :

> "Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le Ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente Loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente Loi, le Ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement".

Les provinces, qui sont tenues de fournir les renseignements que le Ministre juge nécessaires aux fins de la Loi, ont transmis de l'information sur le fonctionnement de leur régime d'assurance-santé en rapport avec les conditions d'octroi et de versement définies dans la Loi.

Une grande partie du rapport est donc consacrée à la description du régime d'assurance-santé de chacune des provinces, plus particulièrement en ce qui concerne les conditions énoncées dans la Loi. Cette description est suivie dans chaque cas d'un survol des services complémentaires de santé offerts, conformément aux exigences de la Loi.

Le rapport résume également les principales dispositions de la Loi, ses modalités d'application par le gouvernement fédéral, le processus de consultation et les accords fédéraux-provinciaux relatifs au financement. La dernière partie du rapport traite des changements apportés aux régimes provinciaux d'assurance-santé au cours de l'année financière 1986-1987.

Quant à l'information quantitative, l'on peut obtenir de plus amples renseignements auprès de telles ressources comme la Direction générale de la politique, des communications et de l'information, Santé et Bien-être social Canada, et de Statistique Canada.

* Toute référence aux provinces comprend les territoires, à moins d'indication contraire.

CONDITIONS D'OCTROI ET DE VERSEMENT

Survol de la Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé a pour raison d'être :

> "d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la Loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province."

Ces conditions d'octroi et de versement sont exposées aux articles 7 à 12, ainsi qu'aux articles 13, 18 et 19 de la Loi. Les conditions d'octroi ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés. Quant aux conditions de versement, article 13, elles s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés tels que définis par la Loi canadienne sur la santé comprennent tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que certains services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital. Quant aux services complémentaires de santé, ils comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

Il y a cinq conditions d'octroi et trois conditions de versement que chaque régime provincial d'assurance-santé doit remplir en vue de recevoir, pour chaque exercice, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé. Les conditions d'octroi, qui ont trait aux services de santé assurés fournis en vertu du régime d'assurance-santé d'une province, sont les suivantes :

a) **Gestion publique**

Aux termes de l'article 8, le régime provincial d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

b) **Intégralité**

Aux termes de l'article 9, le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, lorsque autorisés, les services fournis par les autres professionnels de la santé.

c) **Universalité**

Conformément à l'article 10, cent pour cent des assurés de la province doivent avoir droit aux services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités uniformes. La période de résidence minimale pour que des résidents soient admissibles aux services de santé assurés ne doit pas dépasser trois mois (section 11(a)).

d) **Transférabilité**

Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, leur province d'origine doit assurer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence.

Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province et les coûts doivent en être assumés de la façon suivante :

- le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe un accord de répartition du coût entre les provinces;

- le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.

e) **Accessibilité**

En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé doit:

- offrir des services de santé assurés selon des modalités uniformes et un accès satisfaisant par les assurés aux services de santé assurés sans y faire obstacle, directement ou indirectement, notamment par facturation aux assurés;

- prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;

- prévoir le versement de montants adéquats aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

En plus des conditions d'octroi susmentionnées, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions de versement suivantes pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral et au plein montant versé à l'égard des services de santé assurés et du programme de services complémentaires de santé : (1) ils doivent communiquer au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les renseignements dont il peut avoir besoin pour l'application de la présente Loi; et (2) faire état des contributions versées par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, de la façon qui peut être prévue par les règlements.

Les conditions de versement relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs sont décrites aux sections 18 et 19.

La Loi canadienne sur la santé prévoit également un mécanisme pour régler les problèmes en cas de désaccord. Dans le cas où le Ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne remplit pas les conditions d'octroi ou de versement décrites plus haut, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant d'avoir recours au gouverneur en conseil, le Ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions tirées et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Ce n'est que si le gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de remplir l'une des conditions d'octroi ou de versement, qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Règlements

Le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente Loi, concernant notamment :

a) Les services complémentaires de santé

Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définissent de façon plus détaillée les services considérés par la Loi comme des "services complémentaires de santé". La Loi stipule qu'il ne peut être pris de règlements qu'avec l'accord de chaque province, à moins qu'ils ne soient sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la Loi de 1977.

b) Les services exclus des services hospitaliers

Les services hospitaliers tels que définis dans la Loi (article 2) sont tous des services nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou aux consultants externes, sauf les services exclus par règlement.

En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoyaient l'"exclusion" de certains services. Les règlements de la Loi canadienne sur la santé concernant les services exclus des services hospitaliers ont pour objet de maintenir les précédents établis.

Les règlements énumèrent les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne sont pas considérés comme des services hospitaliers assurés. Par exemple, les services hospitaliers liés à des actes chirurgicaux accomplis à des fins purement esthétiques ou des chambres (semi-privées ou privées) choisies par les patients sont exclus.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, il ne peut être pris de règlements concernant l'exclusion des services qu'avec l'accord de chaque province.

c) L'information

Le genre de renseignements dont le Ministre peut avoir besoin aux fins de la présente Loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé.

d) La façon de faire état des contributions et montants versés par le Canada

Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés en vertu de la Loi peuvent faire l'objet de règlements. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé.

CONTRIBUTIONS ET VERSEMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux d'assurance-santé (services de santé assurés) conformément aux dispositions de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé (la Loi de 1977). En vertu de la Loi de 1977, les provinces ont droit à une contribution fédérale égale par personne, dans le domaine de la santé. Cette contribution augmente chaque année et est basée sur la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut nominal par personne moins deux pour cent. Ce facteur d'indexation est appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par personne, en 1975-1976, des contributions fédérales aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. On multiplie ensuite cette valeur par la population de chaque province pour obtenir le montant de la contribution qui sera versée à la province.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en un transfert en espèces et en un transfert fiscal égalisé dans le cadre du programme de péréquation. Pour soutenir les programmes d'enseignement postsecondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré depuis 1977, un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces. En vertu de la Partie VII de la Loi de 1977, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers qui découle de la Loi sur les programmes établis (accords provisoires).

Pour déterminer les montants payables aux provinces, on établit d'abord la valeur du transfert d'impôt. Ensuite, la portion liée aux services de santé assurés, soit 67,9 p. 100 de la totalité de ce transfert fiscal égalisé, est déduite de la somme totale à laquelle chaque province a droit dans le domaine de la santé, en vertu des services de santé assurés. La différence est versée à la province sous forme de contribution en espèces, si le régime provincial remplit les conditions d'octroi et de versement énoncées dans la Loi canadienne sur la santé.

Les provinces reçoivent aussi un montant égal par personne pour les services complémentaires de santé tels que définis dans les règlements, conformément à la Loi canadienne sur la santé. Ce montant qui était de 20 $ par personne en 1977-1978, est augmenté chaque année selon la moyenne du taux d'accroissement réparti sur trois ans du produit national brut nominal, par personne moins deux pour cent. Cette somme est payable aux provinces, pourvu que les deux conditions qui sont énoncées dans la Loi canadienne sur la santé et qui régissent les contributions aux services complémentaires de santé soient remplies.

Contributions et versements aux provinces

Les tableaux suivants indiquent les contributions fédérales auxquelles les provinces ont droit au titre de l'assurance-santé sous forme de paiements en espèces ou de transferts fiscaux de même que la valeur réelle des contributions en espèces versées en 1986-1987.

Le tableau I est un relevé des transferts pour 1986-1987 seulement. Ces données ne sont pas définitives parce que l'information nécessaire pour effectuer les calculs finals ne sera pas disponible avant 1989.

Le tableau II indique la quote-part annuelle des provinces. Ces montants représentent des chiffres les plus récents mais non encore définitifs pour les trois années précédentes. Les révisions des droits sont ajustées, intégralement ou par versements, et ajoutées aux transferts en espèces versées mensuellement aux provinces dans le ou les mois qui suivent la révision des calculs.

Le tableau III indique les paiements totaux versés aux provinces au cours de l'année financière 1986-1987. Les montants représentent les transferts nets des droits en espèces versés aux provinces en 1986-1987, les ajustements des années précédentes et les déductions ou les remboursements des frais modérateurs ou des montants ayant fait l'objet d'une surfacturation en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

Tableau I

DROITS PÉCUNAIRES AUX PROVINCES

À L'ÉGARD DES SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS ET DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

1986-1987

(en milliers de dollars)

	SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS			SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ	TOTAL DES DROITS
	DROITS EN ESPÈCES	TRANSFERT EN IMPÔTS	TOTAL		
TERRE-NEUVE	144 693	99 497	244 190	25 834	270 024
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	31 947	21 967	53 914	5 704	59 618
NOUVELLE-ÉCOSSE	220 407	151 559	371 966	39 352	411 318
NOUVEAU-BRUNSWICK	179 832	123 658	303 490	32 108	335 598
QUÉBEC	1 136 431	1 652 768	2 789 199	295 085	3 084 284
ONTARIO	2 038 477	1 825 922	3 864 399	408 836	4 273 235
MANITOBA	268 988	184 964	453 952	48 026	501 978
SASKATCHEWAN	254 623	175 087	429 710	45 461	475 171
ALBERTA	495 546	510 126	1 005 672	106 396	1 112 068
COLOMBIE-BRITANNIQUE	725 845	497 165	1 223 010	129 389	1 352 399
YUKON	5 315	4 323	9 638	1 020	10 658
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	10 803	10 619	21 422	2 266	23 688
CANADA	5 512 907	5 257 655	10 770 562	1 139 477	11 910 039

NOTE: Les chiffres n'incluent pas les ajustements de l'année précédente ou les déductions pour l'année en cours.

Ministère des Finances
Le 8 janvier 1987
Deuxième rajustement au calcul des avances

Tableau II

DROITS PROVINCIAUX ANNUELS AU TITRE DES CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS
(en milliers de dollars)

	DROITS POUR 1983-1984 RÉSULTAT DES CALCULS FINALS					DROITS POUR 1984-1985 - RÉSULTAT DU DEUXIÈME RAJUSTEMENT PROVISOIRE					DROITS POUR 1985-1986 - RÉSULTAT DU PREMIER RAJUSTEMENT PROVISOIRE				
	Services assurés			Services complémentaires de santé	Contributions totales	Services assurés			Services complémentaires de santé	Contributions totales	Services assurés			Services complémentaires de santé	Contributions totales
	Droits en espèces	Transferts fiscaux	Total			Droits en espèces	Transferts fiscaux	Total			Droits en espèces	Transferts fiscaux	Total		
TERRE-NEUVE	121 244	79 507	200 751	21 239	221 990	130 555	86 703	217 258	22 985	240 243	136 004	93 908	231 912	24 535	256 447
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	28 164	17 158	43 322	4 583	47 905	28 373	18 844	47 217	4 995	52 212	30 277	20 602	50 879	5 383	56 262
NOUVELLE-ÉCOSSE	181 341	118 915	300 256	31 767	332 023	196 317	130 376	326 693	34 563	361 256	209 086	142 276	351 362	37 173	388 535
NOUVEAU-BRUNSWICK	148 968	97 684	246 652	26 095	272 747	161 046	106 954	268 000	28 353	296 353	171 015	116 369	287 384	30 404	317 788
QUÉBEC	962 808	1 306 136	2 268 944	240 050	2 508 994	1 030 543	1 424 022	2 454 565	259 682	2 714 247	1 084 022	1 544 884	2 628 906	278 127	2 907 033
ONTARIO	1 700 941	1 374 877	3 075 818	325 416	3 401 234	1 815 753	1 537 958	3 353 711	354 808	3 708 519	1 912 482	1 707 451	3 619 933	382 973	4 002 906
MANITOBA	220 620	144 671	365 291	38 647	403 938	238 618	158 469	397 087	42 010	439 097	254 430	173 131	427 561	45 234	472 795
SASKATCHEWAN	226 460	119 836	346 296	36 637	382 933	253 100	124 523	377 623	39 951	417 574	276 466	130 009	406 475	43 003	449 478
ALBERTA	384 728	433 090	817 818	86 524	904 342	426 617	454 790	881 407	93 249	974 656	463 770	477 935	941 705	99 628	1 041 333
COLOMBIE-BRITANNIQUE	559 733	423 322	983 055	104 005	1 087 060	631 793	440 019	1 071 812	113 393	1 185 205	685 826	466 225	1 152 051	121 882	1 273 933
YUKON	4 157	3 650	7 807	826	8 633	4 478	3 923	8 401	889	9 290	5 221	4 044	9 265	980	10 245
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	8 715	8 189	16 904	1 788	18 692	9 085	9 554	18 639	1 972	20 611	10 335	10 033	20 368	2 155	22 523
CANADA	4 545 879	4 127 035	8 672 914	917 577	9 590 491	4 926 278	4 496 135	9 422 413	996 850	10 419 263	5 240 934	4 886 867	10 127 801	1 071 477	11 199 278

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Tableau III

PAIEMENTS EN ESPÈCES EFFECTUÉS AU TITRE DES CONTRIBUTIONS AUX PROGRAMMES DES SOINS DE SANTÉ

1986-1987

(en milliers de dollars)

	SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS	SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ	CONTRIBUTIONS TOTALES
TERRE-NEUVE	140 613	25 797	166 410
ÎLE-DU-PRINCE ÉDOUARD	31 107	5 725	36 832
NOUVELLE-ÉCOSSE	214 925	39 438	254 363
NOUVEAU-BRUNSWICK	181 475	32 173	213 648
QUÉBEC	1 085 629	294 503	1 380 132
ONTARIO	2 002 812	407 344	2 410 156
MANITOBA	262 586	48 139	310 725
SASKATCHEWAN	254 591	45 461	300 052
ALBERTA	515 509	106 396	621 905
COLOMBIE-BRITANNIQUE	779 349	129 389	908 738
YUKON	5 358	1 039	6 397
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	9 067	2 261	11 328
CANADA	5 483 021	1 137 665	6 620 686

NOTE: Les montants englobent les rajustements des années précédentes de même que les déductions ou les remboursements faits en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Tableau IV

SOMMAIRE DES DÉDUCTIONS POUR 1986-1987
EN APPLICATION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ
(en milliers de dollars)

	DU 1er JUILLET 1984 AU 31 MARS 1986			DU 1er AVRIL 1986 AU 31 MARS 1987			MONTANTS TOTAUX DES DÉDUCTIONS AU 31 MARS 1987			
	SURFACTURATION	FRAIS MODÉRATEURS	TOTAL 1984 À 1986	SURFACTURATION	FRAIS MODÉRATEURS	TOTAL 1986 À 1987	SURFACTURATION	FRAIS MODÉRATEURS	REMBOURSEMENTS À CE JOUR	TOTAUX DES RETENUES
TERRE-NEUVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÎLE-DU-PRINCE ÉDOUARD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOUVELLE-ÉCOSSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOUVEAU-BRUNSWICK	147	6 237	6 384	206	296	502	353	6 533	6 533	353*
QUÉBEC	0	14 032	14 032	0	0	0	0	14 032	14 032	0
ONTARIO	93 324	0	93 324	13 332	0	13 332	106 656	0	106 656	0
MANITOBA	1 270	0	1 270	0	0	0	1 270	0	1 270	0
SASKATCHEWAN	2 107	0	2 107	0	0	0	2 107	0	2 107	0
ALBERTA	17 325	4 467	21 792	5 878	1 362	7 240	23 203	5 829	29 032	0
COLOMBIE-BRITANNIQUE	0	53 417	53 417	0	31 332	31 332	0	84 749	84 749	0
YUKON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANADA	114 173	78 153	192 326	19 416	32 990	52 406	133 589	111 143	244 379	353

* Le 5 juin 1987, le Nouveau-Brunswick a reçu un remboursement de 353 000 $. Ce montant avait été retenu parce que la province avait surfacturé des services.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Déductions pour surfacturation et imposition de frais modérateurs

La Loi canadienne sur la santé affirme :

> "que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens".

Ce principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la Loi, conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La Loi stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés, que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services hospitaliers assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19(2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et qui séjournent de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou une autre institution. Si la surfacturation ou des frais modérateurs, ou les deux sont perçus dans une province, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale.

Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément aux règlements, et qui est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas de renseignements conformément aux règlements, le montant déduit est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformément aux paragraphes 20(1) et 20(2) de la Loi.

Les dispositions concernant les déductions obligatoires qui doivent être faites en cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs sont entrées en vigueur le 1er juillet 1984. Les règlements permettant au Ministre de déterminer le montant des déductions ont été promulgués le 28 juin 1984 sous le titre du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs (1984-1985). Ces règlements ont été renouvelés pour chaque année financière subséquente. Conformément à l'article 20 et aux règlements, le Ministre estime les montants de la surfacturation effectuée et des frais modérateurs imposés et l'on se fonde sur ces estimations pour établir le montant des déductions pour cette période. Ces montants estimatifs sont déduits sur une période de 12 mois, et les avances mensuelles aux provinces sont rajustées en conséquence.

En vertu des règlements, les provinces doivent présenter leur exposé financier révélant les montants équivalents au total de la surfacturation effectuée et au total des frais modérateurs imposés durant l'année financière. Après réception des exposés provinciaux, des déductions peuvent être faites si ces pratiques ont cours dans la province.

Le paragraphe 20(6) contient un élément de nature à encourager les provinces à éliminer tôt la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, si une province met fin à la surfacturation ou à l'imposition de frais modérateurs dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, c'est-à-dire avant le 1er avril 1987, le montant total déduit sera remboursé à la province.

Le Tableau IV est un sommaire des déductions effectuées en vertu de la Loi canadienne sur la santé. En 1986-1987, toutes les provinces qui permettaient encore la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs avaient le droit de se faire rembourser tous les montants déduits depuis juillet 1984 en vertu du paragraphe 20(5) de la Loi.

Loi canadienne sur la santé - Application

La Loi canadienne sur la santé tente de garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux soins de santé nécessaires et qui sont payés d'avance, en établissant les conditions afin que le gouvernement fédéral apporte une aide financière aux provinces.

Le ministre des Finances détermine le montant des transferts fédéraux qui sera versé aux provinces au chapitre des programmes de soins et auquel elles ont droit. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé, dans le cadre de ses responsabilités liées à l'application de la Loi canadienne sur la santé, de déterminer le montant de toute déduction ou retenue aux termes de la Loi canadienne sur la santé, y compris les déductions et retenues faites pour la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

Au nom du Ministre, la Direction générale des services et de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada effectue les versements et s'assure de façon systématique que les conditions d'octroi et de versement énoncées dans la Loi canadienne sur la santé sont remplies. La Direction générale s'occupe de consultation, de communication, d'analyse et d'administration liées à l'application de la Loi.

En de rares circonstances, il arrive que des résidents du Canada ne puissent, bien malgré eux, être assurés. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé qui est, elle aussi, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, sert à verser les montants réclamés dans de tels cas. Durant l'année 1986-1987, aucun versement n'a été effectué. Le solde de clôture au 31 mars 1987 était de 28 386,44 $.

En plus d'être responsables de l'application de la Loi canadienne sur la santé, les représentants de la Direction générale ont coordonné des activités et ont conféré avec leurs homologues provinciaux au sujet de questions liées à la Loi canadienne sur la santé, par l'entremise de la Conférence des sous-ministres de la Santé et du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement. Ce dernier comité permet la consultation et l'échange de renseignements entre les fonctionnaires; il se compose de responsables des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé, ainsi que de représentants du gouvernement fédéral.

Au cours de l'année financière 1986-1987, le Comité s'est réuni à deux reprises et a discuté de questions liées à la Loi canadienne sur la santé telles que :

- l'implication des services de haute technologie telles la lithotripsie et l'imagerie par résonance magnétique;
- de meilleurs arrangements pour le paiement des services de médecin fournis hors-province;
- le développement et la mise à jour de lignes directrices et de méthodologies pour les programmes institutionnels couvrant une variété de services hospitaliers spéciaux et de services de soins à long terme;
- les activités courantes du Centre national de référence pour le cancer;
- les accords pour le paiement des soins très coûteux telles les transplantations cardiaques fourni aux patients hors-province;

- le développement et le maintien de systèmes nationaux de mesure du volume de travail sous le programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux;

- le système d'information sur les organes vitaux;

- le développement et la révision des indices statistiques pour les soins médicaux;

- le support financier continu pour les projets de technologie en soins médicaux effectués par l'Association canadienne des normes; et

- le développement continu du projet de système d'information de gestion (SIG) pour les hôpitaux canadiens parrainés conjointement par les gouvernements fédéral, provinciaux et les associations d'hôpitaux.

Le Comité a continué de faire la liaison avec un nombre d'organisations nationales de la santé comme l'Association canadienne des hôpitaux, et le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux.

Renseignements

Au chapitre de l'information tous les ministres sont d'accord qu'il est plus efficace d'utiliser les moyens existants et en certaines circonstances de modifier des systèmes d'échange mutuels. Les exigences principales d'accroissement requièrent des estimations et des déclarations au sujet de la surfacturation et des frais modérateurs. Celles-ci sont fournies dans le cadre des règlements qui ont été promulgués par le gouverneur en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les déclarations annuelles sont fournies par les ministres provinciaux de la Santé. Ces déclarations décrivent les opérations des régimes provinciaux en relation avec les conditions de la Loi canadienne sur la santé.

APPLICATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Faits saillants :

Au cours de l'année 1986-1987, certaines provinces ont effectué des changements dans l'application de leur régime d'assurance-santé. Voici la liste des principaux développements à cet égard :

- **Nouveau-Brunswick** : A adopté une loi éliminant les frais modérateurs à compter du 1er mai 1986. La province a reçu un remboursement de 6 533 000 $, qui correspond à la somme retenue relativement aux frais modérateurs. La province a amendé la législation pour discontinuer la surfacturation à compter du 31 mars 1987.

- **Ontario** : A adopté une loi, la Loi sur l'accessibilité aux services de santé, en vertu de laquelle la surfacturation était éliminée à compter du 20 juin 1986. La province a reçu un remboursement de 106 656 000 $, qui correspond au montant retenu relativement à la surfacturation.

- **Alberta** : A adopté une loi éliminant la surfacturation et les frais modérateurs à compter du 1er octobre 1986. La province a reçu des remboursements de 23 203 000 $, qui correspond à la somme retenue relativement à la surfacturation, et de 5 829 000 $ pour les frais modérateurs.

- **Colombie-Britannique** : A décrété des amendements aux Règlements de la Loi sur l'assurance-hospitalisation éliminant les frais modérateurs à compter du 31 mars 1987.

- **Yukon** : Les primes d'assurance-maladie n'existent plus depuis le 31 mars 1987.

TERRE-NEUVE

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par une division du ministère de la Santé de la province.

Le régime de soins médicaux est géré par la Newfoundland Medical Commision, organisme public mis en place par le gouvernement provincial et répondant au ministre de la Santé. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif, et tous les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés fournis par les hôpitaux comprennent les services aux malades hospitalisés et les services des consultations externes. Les services aux malades hospitalisés englobent l'hospitalisation en salle commune et tous les services nécessaires tels que : l'hébergement en salle commune et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques comme l'électrocardiogramme et l'électro-encéphalogramme; les médicaments, les produits biologiques et toutes les fournitures chirurgicales nécessaires; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et du matériel d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services des consultations externes englobent les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques comme l'électrocardiogramme et l'électro-encéphalogramme; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent; la consultation externe et les visites à l'urgence; les salles d'opération et les fournitures; les plâtres, les médicaments ainsi que les fournitures médicales et chirurgicales utilisées à l'hôpital.

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou par autre moyen de transport avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (par arrangements du patient, en sus des services requis fournis par l'hôpital); les rayons X ou d'autres services non requis pour des raisons médicales mais servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les médicaments et l'équipement prescrits pour usage à domicile suite au congé de l'hôpital; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la radio à moins qu'ils ne soient utilisés pour fins d'enseignement, les services auxquels le patient a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les services liés aux avortements thérapeutiques pratiqués hors du Canada.

Régime de soins médicaux

Les services assurés englobent une vaste gamme de services dispensés par des médecins généralistes et spécialistes, lorsqu'ils sont requis pour des raisons médicales : les consultations en cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à des opérations dont l'anesthésie et les services de radiologie. Les services dentaires assurés en vertu du régime sont ceux qui doivent être pratiqués à l'hôpital sous anesthésie générale.

Les services suivants, dispensés par des médecins, ne sont pas couverts par le régime : les examens du genre de ceux requis pour l'emploi ou l'assurance et non requis pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique, l'acupuncture, les vaccinations pour fins de voyages, la préparation de dossiers, de rapports et de certificats ainsi que les avis par téléphone; les avortements thérapeutiques pratiqués à l'extérieur du Canada ou dans des installations canadiennes non accréditées; les services assurés en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou en vertu d'autres législations fédérales ou provinciales.

En plus des services médicaux de base, la province autorise un examen optométrique complet à des fins de diagnostic pour chaque bénéficiaire une fois par année, un programme de soins dentaires pour les enfants et un programme spécial de chirurgie corrective pour les cas de fissures palatines et difformités connexes.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents assurés de la province ont droit à la protection des deux régimes. Le paiement d'aucune prime n'est exigé. Cependant, il faut s'inscrire au régime d'assurance-santé et être en possession d'une carte valide pour avoir accès aux services assurés.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province ou d'un territoire à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée, tandis que les personnes qui proviennent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée. Toutefois, l'inscription au régime d'assurance-maladie est exigée aux fins de couverture.

Les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de la période minimale de protection de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces ou dans les territoires sont remboursés en vertu de la "facturation réciproque", entente passée entre les provinces et les territoires. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil et les coûts de consultation externe sont payés aux taux interprovinciaux normalisés approuvés.

Le coût des services de médecin reçus dans les autres provinces et les territoires par des bénéficiaires de la province qui en sont temporairement absents est payé au taux de Terre-Neuve, à moins que le service reçu ne soit pas disponible à Terre-Neuve, dans un tel cas le paiement est fait au taux de la province d'accueil. Le remboursement est fait par le régime soit directement au médecin traitant, soit au patient dans le cas où ce dernier dispose d'une preuve de paiement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers sont remboursés aux taux ordinairement facturés à condition qu'ils soient considérés comme raisonnables. Le remboursement se fait directement aux fournisseurs des services, ou aux patients, sur preuve de paiement.

Les services de médecin sont payés au taux de Terre-Neuve. Si le service n'est offert nulle part au Canada, la Newfoundland Medical Care Commission détermine le paiement.

L'indemnisation pour l'hospitalisation et les services de soins médicaux est la même qu'il s'agisse de soins d'urgence ou non.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour (inclusivement) du deuxième mois suivant le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. La protection est immédiatement interrompue dans le cas de résidents de la province qui vont élire domicile dans un autre pays.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Il n'y a aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins dans la province. Le nombre de lits dressés et utilisés en salle commune se chiffre à 2 186 et il y a eu 709 785 jours d'hospitalisation durant l'année financière. Au total 929 lits en chambre privée ou semi-privée ont donné lieu à 114 060 jours d'hospitalisation.

Un plan d'incitation a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et améliorer le nombre de médecins spécialistes. Durant l'année financière 1986-1987, le régime de soins médicaux a payé 173 531 $ en vertu d'un contrat passé avec les médecins de la région frontalière Labrador-Blanc Sablon et en vertu du Guaranteed Incentive Program.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux de Terre-Neuve sont remboursés conformément au budget d'exploitation approuvé par le Hospital Services Division. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux hôpitaux chaque mois, avec un règlement final après la fin de l'année. Les déficits ne sont pas remboursés, mais les hôpitaux peuvent retenir une portion de tout surplus en vertu d'un régime d'incitation financière. Le régime provincial a payé 318 671 300$ aux hôpitaux publics de Terre-Neuve en 1986-1987. Les paiements ont totalisé 6 246 000$ pour les services hospitaliers hors de la province.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les médecins sont rémunérés en vertu d'un barème d'honoraires.

Rémunération raisonnable

Les tarifs sont négociés périodiquement entre le gouvernement provincial et l'Association médicale de Terre-Neuve.

Durant 1986-1987, le gouvernement provincial a versé 64 367 838$ aux médecins et aux chirurgiens de la province rémunérés à l'acte. Deux groupes de spécialistes, les optométristes et les radiologistes, ont reçu 6 610 660$. On a versé 757 645$ aux chirurgiens-dentistes. Les indemnisations versées aux médecins et aux chirurgiens de l'extérieur de la province ont totalisé 1 280 966$. On n'a effectué aucun paiement à des dentistes, des optométristes ou des radiologistes de l'extérieur de la province. Les paiements effectués dans le cadre du Dental Health Plan s'élevaient à 5 992 343$.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les services de soins et d'aide à domicile sont fournis par l'entremise de programmes communautaires, de programmes gérés par un conseil d'administration, de programmes offerts par les hôpitaux ou les maisons de repos, ou encore de programmes d'action communautaire, dont la mise en oeuvre est prise en charge par la filière traditionnelle des services d'infirmières hygiénistes. Toutefois, on planifie actuellement la mise sur pied d'un programme communautaire unique qui permettrait l'évaluation des besoins, la coordination et la prestation des services pouvant répondre à ces besoins ou la coordination des services de placement en établissement de soins prolongés.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par la Hospital Services Commission et la Health Services Commission de l'Île-du-Prince-Édouard respectivement. Les Commissions répondent à la législature provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie les comptes et les opérations financières.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la Loi canadienne sur la santé.

Les services hospitaliers suivants sont déclarés non assurés : les commodités personnelles, dont le téléphone et la télévision; les soins infirmiers particuliers ou spéciaux à la demande du patient ou de sa famille; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande des patients; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; les soins facultatifs et non autorisés fournis à des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard absents temporairement de la province; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés par un malade hospitalisé ou un consultant externe après le congé de l'hôpital.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services de médecins et tous les services de chirurgie dentaire nécessaires (par ex. : extraction chirurgicale de dents enclavées, résection de racines), qui sont fournis aux assurés.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services auxquels donnent droit d'autres législations provinciales ou fédérales; les frais de déplacement, à moins qu'ils soient approuvés par la Commission; les conseils ou les ordonnances donnés par téléphone, sauf dans le cas de surveillance d'une thérapie aux anti-coagulants; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe, à moins que la Commission ne les ait préalablement autorisés; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'internement dans une institution psychiatrique ou de désintoxication; le témoignage en cour; la chirurgie esthétique à moins qu'elle ne soit requise pour des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autres matières apparentées; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropraxie, la podiatrie, l'optométrie, la chiropodie, l'ostéopathie, les services d'un psychologue, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires; les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin est absent ou n'est pas disponible; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille immédiate à moins qu'ils soient autorisés par la Commission; les services de

laboratoire et de radiologie fournis en vertu de la Loi provinciale sur l'assurance-hospitalisation; tout autre service que la Commission peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Toute personne qui habite en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes (en service actif) et de la Gendarmerie royale du Canada, inscrite aux régimes et qui a fourni aux Commissions tous les renseignements requis, est admissible à la protection des régimes. L'admissibilité est basée sur l'état de résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard et le respect de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu des régimes y devient admissible le premier jour du troisième mois suivant la date où elle a élu domicile. Les immigrants reçus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints des citoyens canadiens qui habitent au Canada pour la première fois, ainsi que les détenteurs de permis de travail émis en vertu de la Loi sur l'immigration (Canada) et qui vivent dans la province, ont droit à la protection du régime à compter de la date où ils élisent domicile, à condition qu'ils s'inscrivent conformément aux règlements.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les bénéficiaires temporairement absents du Canada verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province où les services ont été dispensés (province d'accueil), à condition que les services rendus répondent aux règlements concernant les nécessités médicales.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Aux fins d'hospitalisation, lorsqu'un résident de l'Île-du-Prince-Édouard est adressé à l'étranger pour recevoir des services non disponibles dans la province, le paiement est fait au taux établi par la Commission, mais ne doit pas excéder le per diem le plus élevé facturé par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard.

Lorsqu'un résident est adressé à l'étranger pour des services hospitaliers non disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard mais qui sont offerts par d'autres provinces, le paiement est fait au taux établi par la Commission, mais ne doit pas dépasser le per diem du Victoria General Hospital d'Halifax (Nouvelle-Écosse).

Lorsqu'un résident est adressé à l'extérieur du Canada pour des soins d'hospitalisation non disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard ou dans une autre province du Canada, le paiement est fait à un taux qui ne doit pas dépasser le montant total payable pour ces services, incluant l'hébergement, les repas et les services hospitaliers nécessaires du point de vue médical.

Lorsqu'un résident est adressé à l'extérieur du Canada pour des services de consultation externe qui ne sont pas disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard ou dans une autre province du Canada, le paiement est fait à 75 p. 100 des frais hospitaliers approuvés.

Dans le cas d'un résident temporairement absent de la province qui, à la suite d'une maladie subite ou d'un accident, est admis dans un hôpital à l'étranger, le paiement est fait à un taux qui ne doit pas excéder 100 $ par jour pour l'hébergement et la pension en salle commune, plus de 75 p. 100 du reste du compte payable pour les services assurés. Les services des consultations externes fournis dans les mêmes conditions sont remboursés à un taux de 75 p. 100 des frais hospitaliers approuvés.

Les services assurés sont remboursés au tarif établi par la Commission lorsque celle-ci considère qu'ils sont disponibles au Canada et qu'ils sont requis à la suite d'une maladie subite ou d'un accident ou encore qu'ils sont approuvés par la Commission. La Commission peut fixer le taux auquel les services assurés seront payés dans les cas où ceux-ci ne sont pas disponibles au Canada et que l'approbation de la Commission ait été demandée à l'avance.

Tous les paiements de services assurés pour hospitalisation et soins médicaux, dispensés à l'étranger seront faits en devises canadiennes, sauf lorsque de tels services n'existent pas au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents reçoivent la protection complète du régime durant la période d'attente interprovinciale convenue. Les résidents qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de la protection complète du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins dans la province.

En 1986-1987, il y avait sept hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 692 lits. Il y a eu 26 599 patients admis durant l'année financière (une hausse de 4,3 p. 100 par rapport à 1985-1986) et 208 523 jours d'hospitalisation (4,0 p. 100 de plus qu'en 1985-1986).

Paiement aux hôpitaux

La Commission établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et verse essentiellement l'argent aux deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget à l'intérieur de l'année en cours ou bien elles sont considérées en vue d'une approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'année financière 1986-1987, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 57,7 millions de dollars pour les frais d'exploitation et d'opération. Un montant évalué à 3,1 millions de dollars a aussi été versé pour d'autres services tels les services d'ambulance et de transfusion sanguine. La Commission a payé un montant évalué à huit millions de dollars pour les services hospitaliers hors de la province.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les praticiens soumettent une réclamation à la Commission, avec toute l'information requise pour la justifier, conformément à ce qui est établi par les tarifs dans les six mois suivant la date à laquelle le service a été prodigué. Si la demande d'indemnisation est conforme à la loi provinciale, le paiement est fait au médecin aux deux semaines.

Rémunération raisonnable

Les négociations avec la Medical Society of Prince Edward Island et la Dental Association ont donné lieu à des ententes signées concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période allant du 1er avril 1986 au 31 mars 1987.

En 1986-1987, la Commission a versé un montant évalué à 20 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 1,7 million de dollars.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins aux adultes en établissement et les services de soins intermédiaires en maison de santé sont dispensés principalement dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et les maisons de santé privées qui détiennent un permis. Ces services ne sont pas assurés; toutefois, la province prend en charge la presque totalité du financement de plus de 80 p. 100 de ces lits. Les sommes sont versées aux personnes qui en ont le plus besoin, sur les plans physique et financier. Le coût de ces services était de près de 18 millions de dollars en 1986-1987.

De même, les soins infirmiers en maison de santé et beaucoup d'autres services de santé communautaire sont offerts à l'aide d'une contribution du gouvernement fédéral au financement global des services complémentaires de santé.

NOUVELLE-ÉCOSSE

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé.

Le régime de soins médicaux est un organisme à but non lucratif géré et administré par un corps composé de la Health Services and Insurance Commission et de la Corporation Maritime Medical Care Incorporated. La Corporation est l'agent administratif et financier de la province pour le programme de soins médicaux. En vertu de la loi provinciale, la Commission est responsable devant le Ministre. Pour chaque année financière, la Corporation doit préparer pour le Ministre, un rapport de ses comptes et activités concernant le régime. Les livres, dossiers et comptes de la Commission et de la Corporation doivent porter sur leurs tâches, fonctions et responsabilités en vertu de la loi provinciale.

Le Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse effectue une vérification annuelle de tous les dossiers et livres de comptes du ministère de la Santé, de la Commission et de la Corporation concernant les deux régimes.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés comprennent l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les actes de laboratoire, de radiologie et autres de nature diagnostique; tous les médicaments prescrits par le médecin et administré à l'hôpital; l'usage des salles d'opération et d'accouchement et les installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; les transfusions et les fractions du sang à des fins thérapeutiques.

Les services des consultations externes comprennent : les épreuves de laboratoire; les épreuves de diagnostic à l'aide d'isotopes radioactifs; la radiothérapie; la physiothérapie; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures; les médicaments prescrits par le médecin et administrés en consultation externe; les services dispensés à la Nova Scotia Tumor Clinic; le sang ou les fractions du sang à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les soins de jour aux diabétiques; les épreuves fonctionnelles respiratoires; l'inhalothérapie; l'hémodialyse; les services, autres que les services médicaux, dispensés par la Nova Scotia Hearing and Speech Clinic dans ses locaux; le matériel pour le traitement de l'enthromélalgie et l'entretien de ce matériel.

Les services hospitaliers non assurés comprennent la chirurgie esthétique et les interventions visant le rétablissement de la fécondité.

La Nouvelle-Écosse n'a pas de programme officiel de soins complémentaires assurés à l'hôpital (Type III); cependant, les malades qui ont besoin de plus de soins qu'ils ne peuvent en recevoir dans les centres d'hébergement de la province (Types I et II) sont soignés gratuitement dans les hôpitaux.

Régime de soins médicaux

Les services assurés sont tous les services dispensés par les médecins parce qu'ils sont requis d'un point de vue médical ou considérés comme tels par la Commission. Certains traitements de chirurgie dentaire requis d'un point de vue médical et qui doivent être pratiqués à l'hôpital sont également assurés. Ce sont, notamment, l'extraction chirurgicale des dents et la dénudation d'une dent en vue d'un traitement d'orthodontie.

Les services non assurés sont les suivants : les services auxquels le patient a droit en vertu de la Loi sur les accidents de travail ou de toute autre loi; les frais de déplacement ou de délais; les conseils ou les prescriptions par téléphone; les examens requis par un tiers, les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient approuvées par la Commission; la préparation de certificats ou de rapports, les témoignages en cour; les services de laboratoire ou de radiologie dispensés en Nouvelle-Écosse; les services associés à l'électrocardiographie, l'électromyographie et l'électro-encéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité.

Outre les services assurés de base, la Nouvelle-Écosse fournit les services suivants : les examens de la vue par les optométristes; les médicaments pour les personnes de 65 ans et plus; un programme à l'intention des victimes de la fibrose kystique; un programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide associé à un trouble de la glande pituitaire; un programme de médicaments pour les victimes de cancer; les soins dentaires aux enfants nés depuis le 1er janvier 1967 (jusqu'à l'âge de 16 ans) ou aux élèves de l'école pour les aveugles; un programme de soins dentaires pour les personnes qui souffrent d'une fissure labiale ou palatine, et un programme de services de protbèses.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la loi, tous les résidents de la province ont droit aux services hospitaliers assurés dispensés par les hôpitaux et de même d'être assurés en ce qui concerne le remboursement des services médicaux assurés aux tarifs établis, selon des modalités uniformes. Cette disposition protège cent pour cent des résidents de la province. On définit le résident comme toute personne légalement autorisée à être au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des visiteurs dans la province. L'admissibilité au régime pour les résidents ne dépend pas d'une inscription préalable.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces du Canada qui vont s'établir de façon permanente en Nouvelle-Écosse ont droit aux services de santé assurés par les régimes à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement dans la province. Cette disposition est conforme aux exigences de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Certaines catégories de résidents, notamment les immigrants reçus, les militaires qui retournent à la vie civile et les Canadiens qui rentrent au pays, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée. La garantie dès le premier jour à titre rétroactif est également accordée aux non-Canadiens qui ont un permis de travail qui leur permet de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus.

Paiement des services dispensés au Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur la facturation réciproque. Les services hospitaliers et les soins médicaux dispensés ailleurs au Canada sont payés au tarif en vigueur dans la province où ils sont fournis. Quant aux soins médicaux, le patient peut payer lui-même le médecin et se faire ensuite rembourser par le régime ou laisser au médecin la responsabilité de faire lui-même la réclamation.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Sous le régime d'assurance-hospitalisation, les services dispensés aux bénéficiaires adressés à l'étranger ou traités à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif de 100 $ par jour plus 75 p. 100 du solde des frais. Les assurés peuvent payer eux-mêmes les frais des services hospitaliers et obtenir ensuite le remboursement du montant assuré par le régime, ou ils peuvent prendre des mesures pour que le montant des frais assurés soit versé directement à l'hôpital concerné. Les services facultatifs ne sont pas assurés, sauf dans des circonstances spéciales.

Sous le régime de soins médicaux, les services dispensés aux personnes adressées à l'étranger ou traitées à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse plus 75 p. 100 du solde des frais. Les services facultatifs sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les bénéficiaires qui vont s'établir en permanence dans une autre province ont droit aux services assurés pendant trois mois suivant leur départ, période à laquelle on ajoute un temps raisonnable pour le déplacement. Les résidents de la Nouvelle-Écosse qui élisent définitivement résidence à l'étranger n'ont plus droit aux services assurés dès le jour de leur départ.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais d'utilisation ou de surfacturation ne sont exigés en vertu des deux régimes.

Plus de 90 p. 100 de la population habite à trente minutes ou moins de l'un des 50 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires d'Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés à toute la population.

La province ne restreint ni ne limite en aucune façon le nombre des médecins qui peuvent réclamer des honoraires du régime. Des primes sont offertes afin d'encourager les médecins à pratiquer leur profession dans les régions isolées de la province.

Paiement aux hôpitaux

Le processus d'attribution budgétaire qui permet aux hôpitaux de fournir les services assurés se déroule comme suit : les hôpitaux présentent leurs estimations au Ministre qui est autorisé, par les règlements, à les examiner et à les analyser. C'est à partir des estimations approuvées que le régime détermine les paiements qu'il fait annuellement aux hôpitaux. En 1986-1987, la Nouvelle-Écosse comptait 5 594 lits d'hôpitaux. Les dépenses du ministère de la Santé pour les services dispensés dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques se sont chiffrées à 580 699 400 $. Le nombre total des admissions dans les hôpitaux a été de 150 904 et le nombre de jours d'hospitalisation a été de 1 474 100.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte pour les services assurés dispensés aux résidents de la province. Certains services assurés sont dispensés par des médecins à salaire travaillant dans des établissements.

Le montant total des paiements faits aux médecins pour les services de santé assurés au cours de l'année financière 1986-1987 s'est établi à 178 513 767 $. De ce montant, 7 158 811 $ ont été versés aux médecins travaillant à salaire et à la vacation et 334 197 $ ont été payés pour des services d'hospitalisation, de consultation externe et des services de diagnostic fournis à l'extérieur de la province.

Les paiements faits par le régime pour les services assurés de soins de chirurgie dentaire se sont élevés à 2 336 770 $.

Rémunération raisonnable

La Health Services and Insurance Act autorise la Commission à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la Medical Society et la Dental Association et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par la négociation.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins aux adultes en établissement et les services de soins intermédiaires en maison de santé sont dispensés par un réseau de foyers de soins spéciaux variés. Le ministère des Services sociaux supervise la mise en oeuvre de ces programmes. Des subventions sont octroyées au besoin aux personnes démunies.

Les soins à domicile sont dispensés par des infirmières en santé communautaire et les services d'aide familiale et d'autres services qui ne sont pas fournis par des professionnels de la santé sont rémunérés par le ministère des Services sociaux.

Les services d'alimentation parentérale à domicile font partie des services des consultations externes offerts dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation.

NOUVEAU-BRUNSWICK

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et sont assujettis à la vérification de leurs comptes et de leurs opérations financières par le bureau du Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés auxquels les assurés ont droit correspondent à ceux mentionnés dans la Loi canadienne sur la santé. Les services des consultations externes comprennent les services de laboratoire, la radiologie de diagnostic si disponible, et les autres services des consultations externes offerts par les hôpitaux, sauf les médicaments brevetés, les médicaments emportés à la maison, les demandes de tiers pour des services de diagnostic, les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins ou de produits biologiques, et tout service non visé par le barème provincial des services de médecins assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Outre ces services, la province offre aussi un programme d'assurance-médicaments et un programme de prestations pour les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que les autres services mentionnés sous la rubrique Services complémentaires de santé.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés sont définis comme l'ensemble des services médicalement requis rendus par un médecin, certains services médicalement requis rendus par des dentistes qualifiés dans un hôpital approuvé et des soins d'optométrie restreints.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; médicaments, produits pharmaceutiques, matériel, fournitures chirurgicales ou prothèses; consultation ou renouvellement d'ordonnance par téléphone, sauf selon les tarifs établis; examen de dossiers ou de certificats médicaux; immunisation, examens ou certificats à des fins de voyage, d'emploi, d'immigration ou d'assurance, ou à la demande d'un tiers; d'autres services requis en vertu des règlements sur les hôpitaux ou les lois concernant les soins médicaux; services dentaires fournis par un médecin; distance ou temps de déplacement sauf selon les tarifs établis; témoignage en cour ou devant tout autre tribunal; services fournis par des médecins à des membres de leur famille immédiate; psychanalyse; électrocardiogramme non effectué par un spécialiste en médecine interne ou pédiatrique; services de laboratoire non inclus dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; ajustement et fourniture de lunettes ou de verres de contact; inversion sexuelle chirurgicale; acupuncture; et examens médicaux complets effectués à titre d'examens périodiques sans être requis à des fins médicales.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes, qu'elles soient ou non résidentes de la province, ne sont pas couvertes : membres réguliers des Forces armées canadiennes, membres de la Gendarmerie royale du Canada, personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada, ou personnes d'une autre province qui se trouvent au Nouveau-Brunswick à des fins d'éducation et qui sont admissibles à une protection en vertu de leur régime provincial.

Pour avoir droit aux services assurés, un bénéficiaire et ses personnes à charge doivent s'inscrire. Après s'être inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-santé et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick qui porte leur nom, adresse, date de naissance et leur numéro d'assurance-santé. Cette carte doit être produite lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement médical.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai miminal de résidence

Une personne en provenance d'une autre province, a droit de devenir bénéficiaire du régime le premier jour du troisième mois suivant le mois de son arrivée dans la province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour lorsque la résidence à plein temps au Nouveau-Brunswick est établie : membres des Forces armées canadiennes; membres de la G.R.C.; détenus de pénitenciers à leur libération au Nouveau-Brunswick, conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent résidence au Canada pour la première fois.

Une personne admissible peut être "temporairement" absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 12 mois consécutifs, à moins qu'elle ne soit approuvée par le directeur du régime d'assurance-santé.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement aux hôpitaux pour les services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province concernée. Le paiement pour les services des consultations externes se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le paiement peut se faire à la personne directement ou à l'établissement où les soins sont dispensés. S'il existe un accord réciproque entre les provinces, le Nouveau-Brunswick effectue le paiement à la province.

Les services assurés de soins médicaux qui ne sont pas offerts au Nouveau-Brunswick sont payés au taux de la province d'accueil. Les services offerts dans la province sont payés au taux du Nouveau-Brunswick.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le paiement aux hôpitaux pour les services aux malades hospitalisés offerts au Nouveau-Brunswick est effectué selon un tarif global, calculé sur la moyenne des coûts facturés par les trois plus importants hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Le paiement pour les services aux malades hospitalisés non offerts dans la province est calculé d'après le tarif moyen d'hospitalisation en salle de trois grands hôpitaux canadiens, choisis par le directeur médical. Les services des consultations externes sont payés au taux normalisé établi par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement à l'égard des services des consultations externes.

Les services faisant partie de la liste des services non disponibles au Nouveau-Brunswick sont payés selon le montant prévu par le régime de services médicaux de la province de l'Ontario ou par celui de la province de Québec, à la discrétion du directeur médical. Les services offerts au Nouveau-Brunswick sont payés au taux prévu par le barème provincial des honoraires des soins médicaux.

Le paiement pour des services assurés reçus à l'étranger se fait en devises canadiennes.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du second mois suivant le mois d'arrivée dans la nouvelle province.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les personnes ayant en leur possession la carte d'assurance-santé et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit de recevoir les services assurés.

Les statistiques des hôpitaux pour 1986-1987 sont les suivantes : nombre de jours-patients - 1 907 541 (à l'exclusion des nouveau-nés); nombre d'admissions - 128 452, nombre de congés - 128 110, nombre de consultations pour des soins d'urgence - 1 001 564.

Au cours de l'exercice 1986-1987, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont effectué 4 373 830 services médicaux en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de l'extérieur de la province en ont effectué 147 717, pour un total de 4 521 547.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global aux fins des services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux deux fois par mois. Les dépenses totales au titre des services hospitaliers assurés reçus dans la province et hors de la province se sont élevées à 403 609 300 $ en 1986-1987.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les médecins doivent présenter une demande de paiement contenant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la Loi des services médicaux doit en faire la demande au Ministre.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Le tarif pour les services qui ne figurent pas dans ce barème est établi par le directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. En 1986-1987, les paiements faits aux omnipraticiens et spécialistes de la province en vertu des modalités de rémunération à l'acte se sont élevés à 92 760 365 $. Les paiements faits à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés à 5 379 932 $, totalisant 98 140 297 $. En outre, des paiements de 12 832 600 ont été versés à des médecins de la province en vertu d'ententes portant sur des modalités de rémunération autre qu'à l'acte.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins aux adultes en maison de santé sont dispensés sous les auspices du ministère de la Santé et des Services sociaux à titre de services non assurés. Les soins à domicile sont fournis dans le cadre du programme d'hôpitaux extra-muros par des infirmières hygiénistes ou des infirmières engagées à contrat.

QUÉBEC

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un organisme public établi par le gouvernement provincial et responsable auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers et certains centres locaux de services communautaires.

Deux classes de centres hospitaliers sont établis pour le traitement des maladies physiques et mentales : les centres hospitaliers qui procurent des soins de courte durée ainsi que les soins aux convalescents, et les centres hospitaliers de soins de longue durée qui assurent des soins continus pour une période moyenne supérieure à 90 jours.

Les services assurés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers de courte durée et de longue durée tandis que les services assurés des consultations externes sont principalement dispensés dans les centres hospitaliers de courte durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement en salles, les repas, les soins infirmiers, les services diagnostiques et thérapeutiques, l'usage des salles d'opération, les médicaments, les prothèses ou orthèses, les produits biologiques, la radiothérapie et les services du personnel hospitalier.

Les services de consultations externes comprennent : les services psychiatriques en clinique, soit la thérapie électroconvulsive, l'insulinothérapie et la thérapie portant sur le comportement; les soins d'urgence, la chirurgie mineure; la radiothérapie; les services diagnostiques; la physiothérapie et les services d'examens exigés par une loi du Québec.

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime incluent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier par les dentistes.

En plus des services de base assurés, le régime couvre aussi les services optométriques, les soins dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les soins et prothèses dentaires pour les assistés sociaux; les prothèses mammaires, oculaires; les appareils auditifs; les appareils pour ostomies; les médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus et pour les bénéficiaires de l'assistance sociale.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie d'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité aux services hospitaliers assurés. Toute personne domiciliée au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes d'assurance-maladie. Les régimes n'exigent aucun versement de primes.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province où existe un régime équivalent devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsque cessent les prestations de la province d'origine, en autant que la personne soit inscrite à la Régie.

Les personnes temporairement absentes de la province, par exemple, les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires, les employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les personnes absentes pour moins de 12 mois consécutifs, ou plus de 12 mois avec préavis à la Régie, maintiennent leurs prestations.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont remboursés selon les termes de l'entente "réciproque" établie entre les provinces et territoires du Canada, soit au niveau établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province/territoire d'accueil, ou au niveau tarifiaire interprovincial approuvé pour les services des consultations externes.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé, ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Le plein montant peut être remboursé où les services ne sont pas disponibles au Québec et sont obtenus sur recommandation de deux médecins et avec l'approbation de la Régie.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les coûts des services hospitaliers et des consultations externes d'urgence reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont remboursés par la Régie jusqu'à concurrence de 700$ plus 50 p. 100 des frais excédant ce montant.

Pour certains bénéficiaires, par exemple, les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires, les employés d'organismes à but non lucratif résidant temporairement à l'étranger, le tarif de remboursement est de cent pour cent pour les services hospitaliers d'urgence et de 75 p. 100 pour les services électifs.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois.

Une personne qui quitte le Québec pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial mais la Loi sur l'assurance-maladie permet deux autres options, soit : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente provinciale; celle des médecins non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leur patients ne reçoivent de remboursement de la Régie; sauf en cas de services d'urgence.

Paiement aux hôpitaux

Le contrat établi entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et un centre hospitalier prévoit des paiements par le Ministre au centre hospitalier en rapport avec le coût des services assurés fournis. Les paiements effectués en 1986-1987 aux hôpitaux de la province et de l'extérieur pour les services de santé assurés se sont élevés à environ 4,5 milliards de dollars.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le tarif prévu. Le patient est remboursé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé par le professionnel.

Les paiements effectués au cours de l'année financière 1986-1987 pour les services dispensés aux résidents du Québec par les médecins, dentistes et autres professionnels de la santé de la province et de l'extérieur se sont élevés à environ 1,5 milliard de dollars.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services assurés de santé dispensés par les médecins et les dentistes est assurée par la Loi sur l'assurance-maladie. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Il

peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession en spécialité selon le territoire ou l'activité en cause. Ces provisions font suite à la consultation avec les organismes représentatifs des groupes professionnels.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins intermédiaires en maison de santé et les soins en établissement pour adultes sont dispensés par les centres d'accueil, les admissions étant coordonnées à l'échelle régionale. Les centres locaux de services communautaires reçoivent les personnes, évaluent les soins dont elles ont besoin et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les soins de jour, ou les soins à domicile, ou adressent ces personnes vers les organismes pertinents.

ONTARIO

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est un régime combiné qui s'étend aux services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un "régime d'assurance-santé" définies dans la Loi canadienne sur la santé.

GESTION PUBLIQUE

Le régime ontarien d'assurance-santé est géré sans but lucratif par une unité administrative du ministère de la Santé, créée en vertu de la Loi sur l'assurance-santé, aux fins d'offrir une assurance contre les coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de soins, par des médecins ou d'autres professionnels de la santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

INTÉGRALITÉ

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés assurés sont les suivants : l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres procédés diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'utilisation des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie. La plupart des services des consultations externes sont assurés, y compris : les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie; des services de consultation en matière d'alimentation; et les programmes pour hémophiles.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, à moins qu'une telle chambre n'ait été prescrite par un médecin; les coûts de services infirmiers privés; et les visites à l'hôpital, dans les limites de la province, uniquement pour l'administration de médicaments autres qu'un sérum antirabique.

En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario assure également les services de santé mentale, y compris les services des hôpitaux psychiatriques provinciaux, la composante des résidences au Programme pour foyers de soins spéciaux et les services ambulanciers.

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecins assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent : le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les examens médicaux et les épreuves; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dans des installations approuvées; l'immunisation, les injections et les tests.

Les services de chirurgie dentaire assurés comprennent : le traitement des blessures; les incisions; l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homeogreffes; les implants et les reconstructions faites à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain dans un hôpital.

Les services assurés comprennent également les examens oculo-visuels faits par des optométristes; le programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et les bénéficiaires de l'assistance sociale; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podiatres et de cliniques de physiothérapie approuvées.

Les services non assurés comprennent : la préparation de dossiers, de rapports, de certificats et de communications; les témoignages devant les tribunaux; les lunettes, les prothèses, les appareils orthopédiques et les aides, sauf ceux mentionnés dans le Programme d'appareils et de prothèses, les frais de transport, sauf ceux couverts sous la Subvention pour frais de transport à des fins médicales accordée aux habitants du nord de l'Ontario; les examens médicaux aux fins d'un emploi, d'une assurance-vie ou d'une admission à un camp ou à des activités récréatives; la chirurgie à des fins esthétiques; l'acupuncture et les tests psychologiques.

UNIVERSALITÉ

Toutes les personnes, sauf les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les membres des Forces armées canadiennes et les détenus des pénitenciers, dont le domicile se trouve en Ontario et qui s'y trouvent habituellement ont droit aux services assurés après un certain délai de carence (voir l'article sur la transférabilité).

Tous les résidents de l'Ontario doivent s'inscrire et inscrire les personnes à leur charge, de même que verser les cotisations exigées. Les résidents de l'Ontario ont droit selon des modalités uniformes à tous les services assurés, soit les services hospitaliers, médicaux et dentaires dispensés dans un hôpital pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions.

Les résidents de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes qui sont à leur charge n'ont pas à payer de cotisations. Les résidents qui ont besoin d'une aide financière peuvent être exemptés de payer leur cotisation ou recevoir une aide pour la payer.

TRANSFÉRABILITÉ

Délai minimal de résidence

Les résidents ont droit aux services assurés dans les trois mois suivant leur arrivée dans la province et après paiement de leur cotisation.

Les personnes suivantes ont droit aux services assurés, après paiement de la première cotisation, du moment que celle-ci a été versée dans les délais imposés pour chaque catégorie : les personnes provenant d'une autre province, qui ont cessé d'être admissibles au titre de leur régime provincial d'assurance-santé; les membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada rendus à la vie civile; les détenus libérés; les missionnaires qui rentrent au Canada; les étudiants qui reviennent au Canada dans les 12 mois suivant leur départ; les immigrants reçus; et les étudiants étrangers inscrits dans un établissement d'enseignement ontarien pour plus d'un an.

Paiement des services dispensés au Canada

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces ou les territoires pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et aux consultants externes. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est le taux prévu par le régime de la province où le malade a été hospitalisé. Pour ce qui concerne la consultation externe, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Le taux payé pour les services de médecins assurés est le même que pour des services équivalents en Ontario. L'Ontario est en faveur de l'utilisation de la formule normalisée de réclamation pour la facturation des frais médicaux.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Pour les soins hospitaliers d'urgence ou les soins hospitaliers facultatifs non offerts au Canada, l'Ontario paie cent pour cent des services assurés, au taux standard pour séjour en salle commune à l'hôpital qui a fourni les soins en question. Pour les soins hospitaliers facultatifs qui sont offerts au Canada, l'Ontario paie 75 p. 100 du taux pour séjour en salle commune.

Pour les services médicaux et dentaires assurés reçus à l'extérieur du Canada, la province paie jusqu'à concurrence des tarifs fixés en vertu de son régime d'assurance-santé.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Ontario pour s'établir dans une autre province du Canada demeure bénéficiaire de l'Ontario pour la période d'attente précédant l'entrée en vigueur du régime de la province de résidence, ou jusqu'au premier jour du troisième mois après le départ. Un résident de l'Ontario qui déménage à l'étranger est admissible aux services assurés jusqu'au premier jour du quatrième mois suivant le départ de l'Ontario.

ACCESSIBILITÉ

Accès raisonnable

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident ne peut se voir refuser des services de santé assurés parce qu'il est une personne nécessiteuse.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises à l'hôpital par un médecin. En conformité avec l'article 19(2) de la Loi canadienne sur la santé, les frais modérateurs imposés aux malades atteints de maladie chronique et qui séjournent de façon plus ou moins permanente dans un hôpital sont autorisés. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas d'une personne nécessiteuse.

Un nombre adéquat de médecins assurent un accès raisonnable aux services médicaux. En 1986, le rapport médecin-résident était de 1 pour 474. Le Programme des services aux régions sous-desservies vise à assurer aux résidents des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services d'omnipraticiens. Deux programmes ont été mis sur pied à l'intention des résidents du nord de l'Ontario : le Northern Medical Specialist Incentive Program procure une aide financière aux spécialistes qui pratiquent dans le nord de l'Ontario et la Subvention pour frais de transport à des fins médicales accordée aux habitants de l'Ontario fournit une aide financière aux malades qui doivent parcourir plus de 250 kilomètres (aller) dans le nord de l'Ontario et le Manitoba, ou plus de 300 kilomètres (aller) à tout autre endroit en Ontario pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux spécialisés.

L'adaptation de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé a éliminé les obstacles financiers qui limitaient l'accès aux services assurés de médecins, de dentistes et d'optométristes. Ceux qui facturent directement le malade ne peuvent demander, ni accepter, de paiements dépassant le montant payable en vertu du régime pour des services assurés fournis à des personnes assurées.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire, qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de remboursement prospectif prévoyant une augmentation annuelle des subventions pour tenir compte de : l'inflation, l'accroissement de la charge de travail, l'introduction de nouveaux programmes approuvés et l'accroissement des coûts par suite de la croissance de certains programmes de maintien de la vie. Les hôpitaux reçoivent des versements deux fois par mois.

Pour les services assurés dispensés aux bénéficiaires de l'Ontario en 1986-1987, l'Ontario a versé un montant évalué à 5,3 milliards de dollars aux hôpitaux et établissements de la province et un montant évalué à 93,9 millions de dollars pour les services hospitaliers hors de la province.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les services assurés fournis par les médecins et les dentistes de la province sont payés à l'acte et selon le barème des honoraires prévu dans la Loi sur l'assurance-santé et le Règlement 452 (annexes 15, 16, 18, 19, 20). Les médecins peuvent choisir de participer au régime et facturer ce dernier pour tous leurs services, ou de ne pas participer au régime et facturer les malades pour tous les services fournis. En Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario pour les services fournis à certains groupes de malades et par l'entremise d'un groupement médical, pour les services fournis dans des hôpitaux publics, des maisons d'hébergement et d'autres établissements. Le rapport entre le nombre de médecins qui ne participent pas au régime et le nombre de ceux qui y adhèrent a diminué depuis l'adoption de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé, pour passer de 10,6% à 4,3%.

Les paiements aux médecins, dentistes et autres professionnels de la santé se sont élevés à 3,2 milliards de dollars pour l'année financière 1986-1987.

Rémunération raisonnable

Le Comité mixte de la rémunération des médecins se compose de membres de l'Association médicale et du gouvernement provincial, ainsi que d'un président neutre. On tente d'en arriver à des accords concernant les rajustements globaux au barème des honoraires du régime d'assurance-santé de l'Ontario qui soient acceptables pour les deux parties. Cependant, en cas d'impasse, on a recours aux services du président qui agit à titre d'enquêteur.

Des membres du gouvernement et de la Ontario Dental Association essaient de parvenir à des accords sur les rajustements à apporter au barème des honoraires du régime d'assurance-santé de l'Ontario qui vise les services dentaires assurés fournis dans les hôpitaux.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

En Ontario, les services complémentaires de santé comprennent les soins prolongés en établissement dispensés aux adultes dans le cadre des Programmes de soins prolongés et de foyers pour personnes âgées, ainsi que les soins actifs et le traitement des maladies chroniques qui font partie des soins à domicile, notamment la dialyse à domicile et la suralimentation.

MANITOBA

Le régime de services de santé assurés du Manitoba, le Manitoba Health Services Insurance Plan est un régime combiné qui s'étend aux services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un régime d'assurance-santé définies dans la Loi canadienne sur la santé.

GESTION PUBLIQUE

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par la Commission des services de santé du Manitoba, organisme à but non lucratif créé par le gouvernement en vertu de la Loi sur l'assurance-santé. Ce régime s'étend aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

La Commission doit soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel incluant un bilan vérifié, ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Les services hospitaliers assurés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires, les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures ordinaires de chirurgie; les services de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie. La plupart des services des consultations externes sont assurés. Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les fournitures de médicaments et de pansements que les malades apportent à domicile.

Le régime offre de plus, sans l'aide financière du gouvernement du Canada, certains programmes supplémentaires, notamment d'assurance-médicaments, de certains services d'optométrie et de chiropraxie, de transport pour les patients du Nord, d'ambulance aérienne et un programme de subventions aux fins des services ambulanciers.

Les services hospitaliers non assurés incluent : les frais additionnels occasionnés par le choix d'un mode d'hébergement plus coûteux; les soins privés d'une infirmière; les services personnels tels que télévision, radio, téléphone, etc.

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, au cabinet du médecin ou à la résidence du patient; les services de diagnostic et de traitement des infections et maladies; les examens et tests médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de laboratoire et de radiologie dispensés dans un établissement approuvé par la Commission; les services d'immunisation, d'injection et de tests. Les services dentaires assurés, seulement lorsqu'ils doivent être dispensés dans un hôpital et par un chirurgien dentiste autorisé ou par un chirurgien buccal autorisé, incluent : le retrait, par intervention chirurgicale, de dents enclavées; le retrait, par intervention chirurgicale, de toute dent, quand l'intervention ne peut se faire qu'à l'hôpital; la réfection de

traumatismes à des tissus mous dans et autour de la bouche; et, dans les cas d'urgence ou à la demande spéciale du médecin, l'exécution d'une réduction à peau fermée d'une fracture du mandibule ou du maxillaire, et les services d'une personne participant à une telle intervention pratiquée par un médecin.

Les services médicaux non assurés incluent : les examens et rapports faits pour des motifs liés à un emploi, à une assurance, à la fréquentation d'une université, etc., ou à la demande d'un tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par la Commission; les soins qu'un médecin se dispense à lui-même ou qu'il dispense à des personnes à sa charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications; les frais associés à des déplacements, tant pour ce qui est des distances parcourues que du temps requis; les avis donnés par téléphone ou les témoignages faits devant des tribunaux; les services de psychologues, de médecins naturistes, de podiatres et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la loi.

UNIVERSALITÉ

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, qui élisent domicile et habitent ordinairement au Manitoba, sont admissibles aux services de santé assurés sous réserve d'un délai minimal de carence (voir l'article sur la transférabilité). Tous les résidents du Manitoba doivent s'inscrire eux-mêmes et inscrire les personnes à leur charge au régime. Tous les services assurés, qu'ils soient hospitaliers, médicaux ou dentaires dispensés à l'hôpital auxquels sont assorties des contributions fédérales, sont offerts aux résidents du Manitoba selon des modalités uniformes.

TRANSFÉRABILITÉ

Délai minimal de résidence

Les personnes qui arrivent au Manitoba en provenance d'une autre province deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux Canadiens qui reviennent au pays et aux immigrants qui arrivent de l'étranger, ils sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba.

Les personnes qui quittent temporairement la province peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproques pour les services hospitaliers et des consultations externes assurés. Pour les hospitalisés, les paiements s'établissent au montant que prévoit le régime de la province d'accueil. Pour les services des consultations externes, le Manitoba paie les frais normalisés pour les services des consultations externes autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Les paiements des services de médecins assurés sont établis au montant prévu par le régime de la province où ces services sont reçus (taux de la province d'accueil).

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les paiements accordés pour des services de soins hospitaliers d'urgence ou de soins hospitaliers qui, de l'avis de la Commission, n'auraient pas pu être offerts adéquatement au Manitoba, sont établis au plus élevé des deux montants suivants : montant équivalent à 75 p. 100 des frais d'hôpital pour les services en question ou montant établi en fonction d'un taux quotidien moyen basé sur le coût de services équivalents dans des hôpitaux du Manitoba d'importance comparable. Dans le cas de bénéficiaires se trouvant, de façon attestée, dans une situation financière difficile, la Commission peut verser des paiements plus élevés que la normale. Ordinairement, la Commission n'accorde aucun paiement pour des soins non urgents dispensés à l'étranger et disponibles au Manitoba.

Les services médicaux et dentaires assurés reçus à l'extérieur du Canada font l'objet de paiements jusqu'à concurrence du taux en vigueur au Manitoba, sous réserve qu'il s'agisse de services : requis à cause d'un accident ou d'une maladie soudaine; qui, selon l'avis de la Commission, n'auraient pas pu être fournis de façon adéquate au Manitoba; offerts à une personne dont le nom apparaît sur un certificat étranger, ou offert à un résident assuré qui travaille ou étudie à l'étranger temporairement. Dans tous les autres cas, une autorisation doit être obtenue de la Commission.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des ententes de facturation réciproques afin d'éviter qu'il y ait rupture de la période d'admissibilité aux services médicaux et hospitaliers requis.

Les résidents du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant la date de leur départ du Manitoba.

ACCESSIBILITÉ

Accès raisonnable

Tous les assurés ont droit à tous les services médicaux et hospitaliers assurés auxquels sont assorties des contributions fédérales.

Le Manitoba affirme offrir un dossier qui se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est des lits d'hôpitaux disponibles, y compris les lits des hôpitaux d'enseignement.

Le Manitoba déclare en outre présenter un dossier qui se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de résidents par médecin. Des mesures d'incitation sont présentement appliquées afin d'attirer des médecins dans les régions rurales ou vers certaines spécialités où il y a pénurie de personnel qualifié; toutefois, le Comité permanent de la main-d'oeuvre médicale continue d'étudier la question.

Paiement aux hôpitaux

Les paiements faits aux hôpitaux généraux publics de la province sont établis selon un budget tenant compte de tous les coûts raisonnables des services assurés.

Les dépenses totales de la Commission au chapitre des services hospitaliers se sont établies pour l'année financière 1986-1987 à 672 490 000 $. Cette somme se ventile comme suit : 1 244 000 $ versés à des hôpitaux fédéraux; 11 700 000 $ versés à des établissements sous contrat et aux services de transfusion de la Croix-Rouge; 14 873 000 $ versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province; et 644 673 000 $ versés à des hôpitaux généraux publics.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les paiements faits aux médecins de la province sont basés sur un barème d'honoraires faisant l'objet de négociations annuelles entre le gouvernement et l'Association médicale du Manitoba. Une loi abolissant la surfacturation est entrée en vigueur le 1er août 1985.

En 1986-1987, les dépenses de la Commission au chapitre des soins médicaux se sont établies à 221 922 000 $. Ces dépenses incluent les services médicaux rémunérés à l'acte, les salaires, les services de laboratoire privé, les services de radiologie, ainsi que les services de chirurgie buccale, dentaire et périodontique.

Rémunération raisonnable

La hausse apportée aux honoraires des médecins en 1986-1987 a été déterminée par arbitrage comme le prévoyait l'entente signée entre l'Association médicale du Manitoba et la Commission.

Les honoraires des services dentaires assurés sont négociés avec l'Association dentaire du Manitoba.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les services dispensés aux personnes résidant dans un établissement de soins personnels sont couverts par le régime de services de santé assurés du Manitoba. Parmi les services assurés, on retrouve : hébergement en salle commune ordinaire; repas, y compris les régimes diététiques et spéciaux; services infirmiers nécessaires; fournitures médicales et chirurgicales habituelles; médicaments prescrits; produits biologiques et préparations connexes approuvées par le régime; services de physiothérapie et d'ergothérapie; services réguliers de buanderie et de blanchisserie; autres biens et services approuvés par le régime. Les résidents des établissements de soins personnels paient un tarif quotidien de 18,40 $ (depuis le 31 mars 1987).

Dans le cadre du programme de soins à domicile, un vaste éventail de services sont également dispensés aux personnes dans leur foyer, à noter : services de santé et de soins personnels, des services thérapeutiques (notamment d'oxygéno-thérapie à domicile) et la dialyse à domicile.

Conjointement avec le Programme d'établissements de services de santé personnels, le Programme de soins à domicile assure la prestation de soins de jour aux adultes et de services de relève.

SASKATCHEWAN

GESTION PUBLIQUE

Régime d'assurance-hospitalisation

En Saskatchewan, le ministère provincial de la Santé assure la gestion à but non lucratif du régime provincial de services hospitaliers, le Saskatchewan Hospital Services Plan. Ce Ministère est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé. Le Fonds d'hospitalisation de la Saskatchewan, par le truchement duquel le régime est financé, fait l'objet d'une vérification annuelle par le Vérificateur provincial qui soumet un rapport au ministre de la Santé, rapport qui est ensuite déposé devant l'Assemblée législative de la province.

Régime de soins médicaux

La Commission d'assurance-soins médicaux de la Saskatchewan gère, suivant une formule à but non lucratif, le régime provincial d'assurance-soins médicaux, le Medical Care Insurance Plan. Cette Commission est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre provincial de la Santé. Le Fonds d'assurance-soins médicaux fait aussi l'objet d'une vérification par le Vérificateur provincial.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Dans le cadre du régime provincial de services hospitaliers, les hôpitaux de la Saskatchewan offrent un éventail complet de services assurés. Comptent parmi les services assurés : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plâtres ainsi que d'autres fournitures et matériaux chirurgicaux; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les services de radiothérapie; les anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services de physiothérapie; et tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; tous les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital et approuvés par le Ministre.

Dans le cadre du régime des services hospitaliers de la Saskatchewan, ne sont pas assurés, qu'ils soient offerts dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, les services suivants : soins complémentaires de niveau IV; hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; soins de garde qu'ils soient offerts à l'hôpital ou au foyer du patient, ou soins et traitements offerts dans des établissements se spécialisant avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; traitements de chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; certains produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes; frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux de la même ville en Saskatchewan; frais des usages autorisés (coassurance) imposés par les hôpitaux de la Colombie-Britannique; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et faisant appel à des médicaments ou à des thérapeutiques non approuvés au Canada; enfin, les médicaments et appareils que les patients apportent à domicile.

Le régime ne sert pas seulement au financement des services hospitaliers assurés, mais aussi, directement ou par l'entremise de subventions aux hôpitaux, à celui d'une variété d'autres organismes, programmes et activités incluant : la fondation du cancer de la Saskatchewan; la Société canadienne de la Croix-Rouge; les cliniques communautaires; les services d'ostéopathie; et les installations de physiothérapie.

Régime de soins médicaux

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes.

Sont notamment exclus du régime d'assurance-soins médicaux de la Saskatchewan, qu'il s'agisse de services offerts dans la province ou à l'extérieur de celle-ci : les frais de déplacement; les avis donnés au téléphone; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf quelques exceptions; les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'un emploi, d'une assurance, d'un procès, etc.

En plus des services médicaux et dentaires assurés, le régime d'assurance-soins médicaux couvre aussi les consultations et services de radiologie exécutés par les chiropraticiens ainsi que certains examens de réfraction faits par les optométristes.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu des lois et des règlements en vigueur en Saskatchewan (Saskatchewan Hospitalisation Act, Saskatchewan Medical Care Act, and Regulations), tous les assurés ont droit de se prévaloir des services couverts par les régimes. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les résidents de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui résident ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des résidents par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les résidents n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est perçue.

Ne sont pas admissibles au régime : les étudiants d'une autre province ou d'un territoire qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans leur propre province ou territoire; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes; et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Pour être admissibles aux services assurés, les résidents doivent satisfaire à une exigence de délai minimal de résidence n'excédant pas trois mois.

Néanmoins, sont admissibles aux services de santé assurés sans délai de résidence : les nouveau-nés; les enfants abandonnés; les enfants adoptés; les membres des Forces armées canadiennes rendus à la vie civile; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté après avoir purgé leur peine dans un pénitencier; les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale (ou municipale); les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou un établissement psychiatrique; et les personnes visées par la Loi de l'assistance de la Saskatchewan, la Saskatchewan Assistance Act.

Un résident continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire de la province sous réserve : d'être physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins quatre mois chaque année; de fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement situé à l'extérieur de la province et ayant l'intention de reprendre résidence en Saskatchewan dans les 60 jours suivant la fin de ses études; la personne est embauchée à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et d'avoir l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée; ou d'être ordinairement physiquement présent en Saskatchewan mais d'en être temporairement absent pendant une période ne dépassant pas 12 mois consécutifs, pour des vacances, une visite, des affaires ou un emploi.

Paiement des services dispensés au Canada

Le régime d'assurance-hospitalisation prévoit le paiement des services hospitaliers assurés au taux de la province où ce service est fourni. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer leurs services au régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel des services en question sont ensuite facturés au régime de services hospitaliers de la Saskatchewan.

En vertu du régime d'assurance-soins médicaux de la Saskatchewan, les services médicaux assurés font l'objet d'un paiement établi au montant qui s'appliquerait si le service était fourni par un médecin de la Saskatchewan. Les médecins de l'extérieur de la province peuvent facturer le régime en utilisant à cette fin la formule de réclamation uniforme ou encore facturer directement le patient, qui devra alors s'adresser au régime de la Saskatchewan pour y être remboursé.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services fournis à l'étranger, sous réserve d'être reconnus comme services hospitaliers assurés en Saskatchewan, sont couverts par le régime de la Saskatchewan au taux en vigueur dans la province. Les bénéficaires peuvent verser eux-mêmes le paiement requis pour les services reçus ou obtenir que ces derniers soient facturés au régime des services hospitaliers de la Saskatchewan.

Les services médicaux sont payés par le régime de services médicaux selon le barème approuvé en Saskatchewan. Ce montant peut être versé au patient ou au médecin, une fois que les documents requis sont fournis au régime.

Les services de médecins non offerts en Saskatchewan peuvent être couverts exceptionnellement par le régime, sous réserve que la Commission ait reçu à l'avance un avis à cet effet de la part d'un médecin spécialiste et qu'elle convienne que les services en question ne sont pas disponibles dans la province. Les paiements sont établis à un montant jugé juste et raisonnable par la Commission.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents qui s'en vont vivre de façon permanente à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Saskatchewan est d'avis que les résidents de la province ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux.

La province compte 134 hôpitaux offrant des soins en établissement et des services de consultation externe largement accessibles partout dans la province. Les services hospitaliers ne font l'objet d'aucuns frais modérateurs. La province compte plus de 1 130 médecins exerçants. Depuis le 1er août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite.

Paiements aux hôpitaux

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux hôpitaux. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque hôpital au cours de l'année financière.

Au cours des 12 mois se terminant le 31 mars 1987, un montant total de 435 657 000 $ a été versé aux hôpitaux de la province pour les services hospitaliers et 58 868 000 $ pour les services de consultation externe. En raison des ententes réciproques, les hôpitaux de la Saskatchewan ont reçu 5 350 000 $ pour les services hospitaliers et de consultation externe dispensés à des résidents d'autres provinces. En 1986-1987, la Saskatchewan a versé un montant de 21 922 000 $ pour les services de santé assurés dispensés à ses résidents à l'extérieur de la province.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Le paiement des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème et aux règles d'évaluation de la Commission d'assurance-soins médicaux.

Rémunération raisonnable

Les dispositions législatives adoptées prévoient, notamment, une méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu de ces nouvelles mesures, le ministre de la Santé et l'Association médicale de la Saskatchewan doivent essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être débloquée pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'établis dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, les mesures législatives prévoient la création d'un comité de révision de la rémunération des médecins et d'une commission d'enquête de la rémunération des médecins, qui sert de groupe d'arbitrage advenant l'impossibilité pour le comité d'en arriver à une entente.

Pour l'année financière se terminant le 31 mars 1987, le total estimatif des versements de la Commission au chapitre des soins assurés s'élevait à 192 500 000 $ pour les services de médecins et à 1 047 000 $ pour les dentistes.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins de longue durée pour adultes sont fournis dans les établissements de soins spécialisés. Les soins à domicile et les soins ambulatoires sont aussi fournis.

ALBERTA

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le Hospitalization Benefits Plan, et le régime d'assurance-maladie, le Health Care Insurance Plan, sont gérés sans but lucratif. Le Ministre chargé des hôpitaux et des soins médicaux est responsable des deux régimes et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

INTÉGRALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime provincial englobent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les examens de laboratoire, examens de radiologie et autres épreuves diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires au traitement du malade; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, si ces services sont disponibles; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, si ces services sont disponibles; les services fournis par les personnes rémunérées par l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cela est justifié pour des raisons médicales; les soins infirmiers particuliers, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital; les stimulateurs cardiaques, plaques et broches en acier, prothèses articulaires, implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministre; le transport entre hôpitaux, par ambulance ou tout autre véhicule commercial, des malades hospitalisés en Alberta; les produits et services servant à la consultation externe englobant les fournitures utilisées dans le traitement médical, mais n'incluant pas les fournitures devant être utilisées par un malade lors de son congé d'un hôpital ou d'un établissement approuvé.

Les services de santé assurés en vertu du régime de soins médicaux englobent : tous les services qui sont dispensés par des médecins et présentés dans les règlements, Medical Benefits Regulations; et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien-dentiste tels que prévus dans les règlements.

Les services non assurés en vertu des régimes englobent : les services médico-légaux; les consultations téléphoniques; les examens requis par un tiers, sauf dans les cas prévus par le Ministre; les services auxquels un résident a droit ou est admissible en vertu d'une loi d'une autre province, d'une loi ayant trait aux accidents de travail ou en vertu d'une loi fédérale; les services non fournis par un médecin ou sous la surveillance de celui-ci; tous les médicaments, produits biologiques et préparations connexes qui ne sont pas considérés comme nécessaires au traitement des malades hospitalisés ou aux consultants externes ou qui n'ont pas été approuvés pour usage général dans les hôpitaux; les interventions de chirurgie esthétique pratiquées par des médecins; les services effectués dans un établissement non approuvé par le

Ministre, les services dispensés dans le cadre de l'immunisation de groupe contre une maladie ou les services d'examen de groupe dispensés par un médecin, sauf dans le cas où le Ministre a donné l'autorisation préalable; et les services fournis par un médecin à sa propre famille, sauf en cas d'indication contraire par le Ministre.

En plus des services de santé médicalement nécessaires définis dans la Loi canadienne sur la santé comme des services assurés, le Alberta Health Care Insurance Plan prévoit une certaine protection pour des services supplémentaires, notamment les services de chiropraxie, de physiothérapie, d'optométrie et de podiatrie.

Le programme des services supplémentaires et le programme de la Croix-Bleue offerts aux personnes qui ne font partie d'aucun groupe prévoient des prestations supplémentaires pour les verres optiques, les médicaments, les services ambulanciers, les prothèses auditives, les services de psychologues cliniciens agréés, les appareils servant aux soins à domicile, les dentiers et les soins dentaires aux résidents âgés de 65 ans et plus, leurs conjoints, les personnes à leur charge ainsi que les veufs et veuves admissibles âgés de 55 à 64 ans et les personnes à leur charge, sans versement de primes.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents de l'Alberta ont droit à la protection en vertu du Hospital Benefits Plan. Un résident est défini comme toute personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et réside habituellement en Alberta et toute autre personne considérée comme résidente en vertu des règlements, à l'exception d'un touriste et d'une personne de passage ou en visite en Alberta. Chaque résident de l'Alberta est tenu de s'inscrire et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du Ministre. Advenant toutefois que le Ministre découvre un résident non inscrit, il peut inscrire ce résident ainsi que les personnes à sa charge. Le fait d'être inscrit rend le résident admissible aux services médicaux et hospitaliers assurés.

Bien que le régime en vigueur en Alberta prévoie le versement de primes, aucun résident de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité de payer les primes. L'accessibilité aux services n'est pas liée aux versements des primes. Le Alberta Health Care Insurance Plan applique un programme de primes réduites et d'exemption de primes à l'intention des résidents qui éprouvent des difficultés financières; un programme d'exemption de primes à l'intention des personnes âgées, et de leurs conjoints, des veufs et veuves admissibles en vertu de la Widows Pension Act et âgés de 55 à 64 ans; à l'intention des bénéficiaires du programme d'allocations sociales; et à l'intention des personnes sous la charge des bénéficiaires de cette exemption.

Tous les résidents de l'Alberta inscrits en vertu de la Health Insurance Premium Act ont le droit de recevoir les services hospitaliers assurés.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour avoir droit aux services assurés en vertu du Alberta Hospitalization Benefits Plan ne dépasse pas trois mois.

La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les immigrants reçus, les Canadiens revenant au pays et les personnes ayant obtenu leur congé de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées, ou encore libérées d'un pénitencier fédéral.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement des services hospitaliers assurés dispensés aux bénéficiaires de l'Alberta est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire où ils sont fournis, à moins que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts entre l'Alberta et la province ou le territoire concerné.

L'Alberta participe au Groupe de travail interprovincial établi par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le Groupe de travail est chargé d'examiner les exigences relatives à la transférabilité qui sont prévues dans la Loi canadienne sur la santé. Le Groupe de travail a présenté son rapport à la Conférence des sous-ministres, lesquels ont ratifié la recommandation voulant que le processus commence à l'échelle nationale à une date qui sera jugée acceptable. La date fixée provisoirement à l'échelle du pays pour la mise en vigueur du traitement réciproque des demandes de remboursement de frais médicaux est le 1er avril 1988. Présentement, afin de favoriser la transférabilité, l'Alberta encourage l'utilisation de la formule normalisée de demande de remboursement des frais approuvée par le Comité.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Pour les fournitures et services dispensés aux consultants externes et aux malades hospitalisés, l'Alberta verse aux hôpitaux le moins élevé des deux montants suivants : a) les taux établis périodiquement par le Ministre ou b) les taux chargés par l'hôpital ou l'établissement pour les fournitures et les services. Lorsqu'il fixe les taux, le Ministre peut tenir compte de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services, du type d'hôpital et de tout autre facteur pertinent.

Les taux journaliers payés par l'Alberta pour les soins hospitaliers fournis aux malades hospitalisés sont de 280 $ pour les soins primaires, 365 $ pour les soins secondaires et 570 $ pour les soins tertiaires et les soins spécialisés. Le taux normalisé pour les consultants externes est de 100 $ par jour.

Le régime paie les rémunérations aux médecins jusqu'au tarif maximal du barème de rémunération provincial, le Alberta Schedule of Medical Services. À l'heure actuelle, lorsqu'un résident de l'Alberta quitte temporairement le Canada, le régime paie les services des médecins jusqu'à concurrence du montant maximal prévu par le Alberta Schedule of Medical Services.

L'Alberta a créé un programme d'aide financière d'urgence qui est applicable lorsque les services ne sont pas offerts en Alberta et lorsque le résident est adressé par un médecin de l'Alberta ou lorsqu'un résident temporairement absent de la province a besoin de soins d'urgence qui ne pouvaient pas raisonnablement être prévus ou prévenus. Le programme ne s'applique que si le supplément des coûts constitue un fardeau financier indu pour le résident.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Alberta dans le but d'élire résidence permanente dans une autre province du Canada a droit de continuer d'être assuré pendant la période commençant le jour où il cesse de résider en Alberta et se terminant le dernier jour du deuxième mois suivant le mois d'arrivée dans la nouvelle province, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre dans des circonstances particulières.

Un résident de l'Alberta qui élit résidence permanente à l'extérieur du Canada a droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le Ministre en soit avisé, pendant la période commençant le jour où il cesse de résider en Alberta et se terminant un, deux ou trois mois plus tard, selon la décision du Ministre, à compter du jour où il quitte l'Alberta, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre en raison de circonstances particulières.

Un résident qui s'établit de façon permanente à l'étranger n'a pas droit à la protection du régime tant et jusqu'à ce que toutes les primes en souffrance aient été acquittées de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Afin d'assurer un accès raisonnable aux services hospitaliers, l'Alberta comptait en 1986-1987 125 hôpitaux de soins actifs et 45 hôpitaux auxiliaires dans la province. Ces hôpitaux ont une capacité de 12 277 lits de soins actifs et 5 013 lits auxiliaires. Le nombre total de lits de soins actifs et de lits auxiliaires (17 290) donne un rapport de 7,3 lits par 1 000 résidents.

L'admission aux hôpitaux de soins actifs comprend des frais modérateurs de l'ordre de 14 $ par jour. L'imposition de ces frais (10 $ avant le 1er janvier 1987) s'applique aussi dans les hôpitaux auxiliaires après un délai initial de 120 jours. Cette pratique au niveau des hôpitaux auxiliaires est compatible avec les exigences établies à l'article 19(2) de la Loi canadienne sur la santé.

Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé dans toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon rigoureuse. Afin d'assurer un accès raisonnable aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services. Le nombre de médecins qui pratiquent en Alberta est passé de 3 554 à 3 676 entre les mois de mars 1986 et mars 1987 soit une augmentation de 3,4 p. 100. Le nombre de services médicaux est passé de 25 221 311 en 1986 à 26 375 647 en 1987, ce qui représente une augmentation de 4,6 p. 100.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux sont financés principalement au moyen de budgets globaux. Les hôpitaux qui demandent des fonds additionnels doivent soumettre une demande au Department of Hospitals and Medical Care en fournissant des détails concernant le montant demandé et les raisons qui justifient cette demande de fonds supplémentaires. Le Ministre étudie chaque demande de façon très détaillée.

En 1986-1987, le total estimatif des versements (pour les dépenses de fonctionnement et d'immobilisations) aux hôpitaux de la province (hôpitaux de soins actifs et auxiliaires s'élevaient à 1,9 milliard de dollars, tandis que les versements aux hôpitaux à l'extérieur de l'Alberta étaient estimés à 19,1 millions de dollars pour la même période.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les médecins sont rémunérés à l'acte. Les médecins peuvent facturer le régime, ou le patient. On a mis fin à la surfacturation en Alberta le 1er octobre 1986.

Pour l'année financière 1986-1987, le paiement total pour les services dispensés par les médecins et dentistes de l'Alberta était de 606,3 millions de dollars, tandis que le montant versé pour les services médicaux à l'extérieur de l'Alberta s'élevait à 9,8 millions de dollars.

Rémunération raisonnable

Après deux années au cours desquelles il n'y a eu aucune hausse du barème de rémunération des médecins de l'Alberta, une entente de 15 mois a été négociée pour la période allant du 1er janvier 1986 au 31 mars 1987. La hausse de 3,72 p. 100 du barème s'est concrétisée par la mise en vigueur d'une hausse de 4,65 p. 100 portant sur les 12 mois débutant le 1er avril 1986. Une augmentation supplémentaire de 1,53 p. 100 du barème est entrée en vigueur le 1er octobre 1986 dans le but de compenser les médecins de la province de la perte des privilèges associés à la surfacturation.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Le Alberta Nursing Home Plan voit aux besoins des résidents de l'Alberta qui ne sont pas en assez bonne santé pour demeurer dans des foyers ou des établissements privés, tels que les centres d'accueil pour personnes âgées, mais qui ne sont pas assez malades pour être soignés dans un hôpital de soins actifs ou de soins prolongés.

On a haussé récemment la qualité des soins dispensés en maison de santé en augmentant par exemple le nombre d'heures de soins infirmiers fournis aux résidents, en offrant des services de physiothérapie et d'ergothérapie et en améliorant les programmes de loisirs.

En plus de ces services complémentaires de santé, le ministère des Affaires sociales et de la Santé communautaire et professionnelle administre le Alberta Aids to Daily Living Program et le Co-ordinated Home Care Program.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le Hospital Insurance Plan, est géré sans but lucratif par la Hospital Programs Division du ministère provincial de la Santé. La Division est responsable devant le gouvernement provincial de la gestion du régime.

Le régime de soins médicaux, le Medical Services Plan, de la Colombie-Britannique, est géré sans but lucratif par la Medical Services Commission, un organisme public créé en vertu de la loi. La Commission est responsable devant le gouvernement provincial de la gestion du régime.

Les comptes de la Hospital Programs Division et de la Medical Services Commission, ainsi que leurs transactions financières, sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés suivants sont fournis par les hôpitaux : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique approuvé par le Ministre; les médicaments, produits biologiques et préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général spécifié dans la loi provinciale, la Hospital Insurance Act; l'usage des salles d'opérations, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; d'autres services approuvés par le Ministre qui sont dispensés par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital; l'usage des installations de radiothérapie ou de physiothérapie, lorsque celles-ci sont disponibles.

Les médicaments prescrits aux malades non hospitalisés ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme provincial d'assurance-médicaments, le Pharmacare Program. En ce qui concerne la chirurgie plastique effectuée à des fins esthétiques, les frais d'hospitalisation seront couverts si l'opération doit absolument être effectuée à l'hôpital, mais les honoraires du médecin ne sont pas assurés.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux médicalement nécessaires fournis par les médecins ainsi que des services de chirurgie dentaire précis lorsque ceux-ci doivent être absolument dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste. Les grandes catégories de services mesurés comprennent : les consultations; les examens physiques complets; les consultations à domicile, la chirurgie mineure et majeure; les services obstétricaux; l'assistance chirurgicale; l'anesthésie, les techniques diagnostiques et thérapeutiques; les services spéciaux et divers; d'autres interventions effectuées en cabinet ou à l'hôpital par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants sont offerts par les médecins de la Colombie-Britannique mais ne sont pas assurés : fourniture de prothèses non implantées; orthèses; produits exclusifs ou médicaments brevetés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste et acupuncture.

Services complémentaires

Quoique ces services ne soient pas supportés par les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, ni sujets aux critères de la Loi canadienne sur la santé, le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique couvre les services rendus par les chiropraticiens, les optométristes, les physiothérapeutes, les podiatres et les praticiens en naturopathie ainsi que les services de massages. On demande des frais de 5 $ aux patients pour chaque consultation de médecin (à l'exception des optométristes); toutefois, les personnes à faible revenu sont dispensées de ces frais.

Autres programmes de santé

Outre les services d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux des deux régimes, la province offre directement et indirectement une grande variété de programmes qui comprennent entre autres : les services d'aide familiale, les foyers de groupes pour handicapés, les programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, les services en santé mentale, de nombreux programmes divers en santé communautaire et promotion de la santé et des services d'audiologie et d'orthophonie. Un grand nombre de ces programmes sont offerts sans aide fédérale.

Le programme Pharmacare rembourse tous les médicaments de prescription des résidents des établissements de soins prolongés et ceux des personnes admissibles à l'aide sociale et des personnes à la charge de ces dernières. Quant aux personnes de plus de 65 ans, elles reçoivent un remboursement de 75 p. 100 de leurs frais de médicaments de prescription. Toutes les autres personnes ont droit à un remboursement de 80 p. 100 moyennant le paiement d'une franchise de 275 $ par année.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents admissibles ont droit à la protection offerte par l'assurance-hospitalisation et les soins médicaux. Toute personne qui est un "résident" de la Colombie-Britannique et qui n'est pas touriste, de passage ou en visite, a droit à cette protection au terme d'une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel la personne a élu résidence dans cette province.

Il n'y a pas de prime pour le régime d'assurance-hospitalisation, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés. Ces frais sont rajustés quatre fois l'an pour tenir compte des changements apportés au supplément du revenu des personnes âgées. Ces frais étaient de 16,00 $ par jour pour l'année financière terminée.

Il n'est pas nécessaire de s'inscrire au régime de soins médicaux, mais le versement de primes est habituellement l'une des conditions auxquelles les résidents doivent satisfaire pour être admissibles aux prestations. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction de 55 p. 100 ou de 95 p. 100 de la prime fixée. En outre, il peut être possible d'obtenir une protection rétroactive de quelques mois dans le cas des personnes qui étaient antérieurement inscrites au régime mais dont les primes sont en souffrance, si les primes exigibles sont acquittées.

Les avantages sont uniformes pour tous les résidents, toutefois, les personnes à faible revenu ont droit à la subvention des primes dont il est question plus haut et au remboursement des frais de consultation pour les services complémentaires.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence en ce qui concerne la protection de l'assurance-hospitalisation et de soins médicaux n'excède pas trois mois. Les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont cependant pas protégés en vertu du régime de soins médicaux étant donné qu'ils relèvent du gouvernement fédéral. Le régime prévoit toutefois la protection, dès le premier jour de leur libération pour ces personnes, sans délai minimal de résidence. Les membres de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées ont également droit à la protection dès le premier jour s'ils obtiennent leur congé ou sont démobilisés en Colombie-Britannique, mais le délai de carence s'applique si cela se produit ailleurs.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour des vacances ou pour occuper un emploi temporaire bénéficient de la garantie pendant une période maximale de 12 mois.

Les personnes qui étudient à l'étranger ou qui travaillent pour des organismes comme le SUCO ou l'ACDI peuvent avoir droit à la protection pendant des périodes maximales de cinq ans et deux ans respectivement pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province. Il n'y aura pas d'interruption de la protection, sous réserve du paiement des primes, à moins que la personne ne revienne pas dans la province avant l'expiration des avantages, auquel cas elle devra attendre les trois mois requis.

Les personnes qui maintiennent une deuxième résidence à l'extérieur de la province doivent résider en Colombie-Britannique au moins six mois par année afin de conserver leur droit à la protection du régime.

Paiement des services dispensés au Canada

Les frais pour les services hospitaliers sont payés au taux facturé par l'hôpital. Pour les soins médicaux d'urgence, les frais inhérents sont acquittés conformément au barème en vigueur pour les services dispensés dans la province.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Pour les frais hospitaliers d'urgence, on rembourse aux malades le montant intégral des dépenses engagées, jusqu'à concurrence de 75 $ par jour (en devises canadiennes). Pour les soins médicaux d'urgence, les frais inhérents sont acquittés conformément au barème en vigueur pour les services dispensés dans la province.

Lorsqu'il ne s'agit pas de soins d'urgence et que le malade aurait pu être traité dans la province, celui-ci doit obtenir par écrit l'autorisation préalable de la Hospital Programs Division pour l'hospitalisation et de la Medical Services Commission pour les soins médicaux afin d'avoir droit à la protection. Les services hospitaliers seront remboursés selon le taux moyen en vigueur dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique et les services médicaux, conformément au barème des frais en vigueur en Colombie-Britannique.

Tout traitement autorisé non disponible dans la province est payé au taux habituel facturé à l'endroit où le traitement a été dispensé.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui quittent la province pour élire résidence permanente ailleurs au Canada ou dans un autre pays sont protégées jusqu'à la fin du deuxième mois suivant le mois du départ. Une protection supplémentaire, ne dépassant pas trois mois, est accordée pour des déplacements d'une durée raisonnable.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Colombie-Britannique déclare qu'il y a un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux reçoivent des versements bimensuels du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par le Ministère. Il y a en outre des ajustements trimestriels au cours de l'année financière.

Pour l'année 1986-1987, le coût des programmes hospitaliers (y compris la gestion des programmes, les subventions versées aux hôpitaux au titre des frais d'exploitation, la construction et la rénovation des hôpitaux et l'équipement hospitalier) s'est établi à 1 533 165 853 $.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les services médicaux procurés dans la province sont payés aux médecins de la province par l'intermédiaire de la Medical Services Commission d'après les factures soumises par les médecins. Le bénéficiaire des soins n'a généralement pas à acquitter des frais directement.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la Medical Services Commission après discussion avec la British Columbia Medical Association. Les dentistes et autres professionnels de la santé qui dispensent des services assurés ont leur propre barème d'honoraires qui est établi par la Commission.

La Medical Services Commission a versé la somme de 897 498 000 $ au titre des soins médicaux pour l'année terminée le 31 mars 1987.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Pour compléter les services fournis dans le cadre des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, les provinces veillent à assurer directement ou indirectement une vaste gamme de services de soins auxquels le gouvernement fédéral contribue financièrement par un fonds global destiné aux services complémentaires de soins de santé. Ces services comprennent entre autres la garde de jour pour adultes, les soins infirmiers à domicile, la physiothérapie communautaire, les soins prolongés en établissement pour adultes (établissements de soins personnels et intermédiaires), ainsi que les services fournis aux centres d'évaluation et de traitement.

YUKON

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes, le Yukon Hospital Insurance Services Plan et le Yukon Health Care Insurance Plan sont gérés par des employés nommés conformément aux dispositions du Public Service Act. Les régimes sont gérés sans but lucratif et sont soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne et du bureau du Vérificateur général.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Tous les jours de soins dispensés dans les centres de traitement actif aux niveaux III, IV, et V sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement indiquée. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif pour des états qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital sont pleinement assurés aux tarifs approuvés en vigueur.

Sont exclus les hospitalisations à temps partiel (par exemple, pension à l'hôpital, soins de niveau I ou II fournis dans un hôpital); les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas nécessaire sur le plan médical; et les services spéciaux demandés par le malade (téléviseur, services d'une infirmière privée non prescrits par le médecin, etc.).

Régime de soins médicaux

Les services médicalement nécessaires fournis par des médecins sont pleinement assurés s'ils sont fournis au Canada. Les soins dentaires sont assurés s'ils sont conformes aux traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et ne peuvent être exécutés que dans un hôpital, par exemple, l'extraction chirurgicale d'une dent qui a fait son éruption, les résections apicales, etc.

Sont exclus les services rendus à la demande d'un tiers; les services de chirurgie esthétique non approuvés par le conseiller médical du régime; les interventions visant le rétablissement de la fertilité; et les services fournis en vertu d'autres lois fédérales ou territoriales.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu des deux régimes, tous les habitants du Yukon sont pleinement assurés. Les services qui sont nécessaires sur le plan médical sont fournis selon les mêmes modalités et conditions à tous les résidents de bonne foi du territoire. La définition du mot résident est celle utilisée dans la Loi canadienne sur la santé.

Le régime de soins médicaux du Yukon exige que toute personne qui établit résidence dans le territoire s'inscrive et inscrive les personnes à sa charge au régime. L'admissibilité n'est pas liée à l'inscription en vertu d'une loi ou d'un règlement quelconque. La prime pour les soins de santé a été abolie à compter du 31 mars 1987.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toutes les modalités et conditions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité sont pleinement respectées. La comptabilité des définitions a été assurée dans les règlements, les politiques et les procédures. Les résidents sont protégés par le régime dans les trois mois suivant leur arrivée dans le territoire.

La protection est accordée dès le premier jour aux citoyens canadiens qui reviennent dans le territoire, aux immigrants reçus, aux militaires et aux membres de la Gendarmerie royale qui retournent à la vie civile, aux personnes libérées pour une période prolongée et est accordée sur demande dans certaines circonstances. En général, ces extensions sont limitées à 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au tarif quotidien de salle établi par l'autorité pertinente. Les soins en consultation externe sont payés au tarif en vigueur au Yukon. Les services assurés pour soins médicaux sont payés jusqu'à concurrence du tarif en vigueur au Yukon.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers sont payés au moins élevé des deux tarifs suivants : le tarif de l'établissement qui les a fournis ou le tarif en vigueur au Yukon. Aucune condition n'est imposée, que le traitement soit urgent ou facultatif.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Dans le cas de déménagement dans une autre province, la garantie est généralement de trois mois. Cette garantie peut être prolongée pour une période allant jusqu'à 12 mois si la personne ne se fixe pas immédiatement dans une autre province.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ou frais de coassurance ne sont exigés en vertu du régime hospitalier. Il n'y a aucune pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente. Au Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande, surtout dans les régions éloignées où les hôpitaux de district ont parfois un taux d'occupation aussi bas que 20 p. 100.

L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme universel d'assurance-voyage pour traitements médicaux sans aucune franchise.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du régime de soins médicaux.

Le Yukon juge qu'il a trop de médecins, dentistes et chirurgiens-dentistes. Le rapport médecin-population se situe à près de 1 pour 500.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leur budget au Yukon Hospital Insurance Services Plan qui en fait l'étude. Des montants prélevés sur le budget prévu tant pour les services aux consultants externes que pour les services aux malades hospitalisés sont versés aux hôpitaux trimestriellement, suite à l'approbation conjointe, en janvier 1986, d'une entente des conditions administratives, Memorandum of Understanding.

La somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 9 225 217 $ en 1986-1987. Au cours de la même période, le total des paiements faits aux hôpitaux à l'extérieur du territoire s'est établi à 3 255 261 $. Dans le territoire, il y a eu 4 501 congés (congés et transferts d'adultes, d'enfants et de nouveau-nés) et les hôpitaux ont enregistré 18 983 jours de soins. À l'extérieur du territoire, il y a eu 681 congés et 6 574 jours de soins. Un total de 24 955 services ont été fournis à des consultants externes dans le territoire et 3 192 à l'extérieur du territoire.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Tous les médecins du Yukon réclament directement leurs honoraires du régime.

Rémunération raisonnable

Une ou deux fois par année (selon la durée de l'entente en vigueur), les tarifs sont négociés avec les médecins qui travaillent à l'acte; des comités permanents représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement (de tous les mois à tous les trois mois) afin de faire les redistributions, clarifier les pratiques, résoudre les problèmes et se prononcer sur les modes de facturation contestés.

Au cours de 1986-1987, les paiements aux médecins se sont élevés à 5 447 153 $, tandis que les paiements aux dentistes ont été de l'ordre de 44 997 $. Les remboursements faits aux résidents du territoire se sont élevés à 29 228 $. Un total de 105 636 réclamations ont été payées aux médecins du territoire et 13 364 à des médecins de l'extérieur. Des remboursements pour 355 prestations ont été faits directements aux résidents.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Outre les services assurés en vertu du régime, le Yukon assure également la prise en charge de services supplémentaires en vertu du Health Benefits Program, notamment une assurance-médicaments, Pharmacare; des services complémentaires de santé aux personnes âgées, Extended Health Benefits for Seniors. Il existe également un régime d'assurance sans franchise pour le transport des patients ayant besoin de soins médicaux qui couvre à la fois les soins urgents et non urgents tant à l'intérieur du Yukon que dans les centres de soins tertiaires en Alberta et en Colombie-Britannique. Le coût total des programmes de soins de santé pour l'année financière 1986-1987 s'est élevé à 1 415 362 $.

De même, tel que mentionné sous la rubrique Intégralité, Régime d'assurance-hospitalisation, certains lits d'hôpital sont désignés aux soins intermédiaires à long terme et à ceux ordinairement fournis en résidence pour adultes.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation (Hospital Insurance Program) est géré par un Bureau établi par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Ce Bureau est un organisme sans but lucratif; les membres de son secrétariat sont des employés du ministère de la Santé. Tous les hôpitaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme publique d'experts - comptables. En vertu de la Territorial Hospital Insurance Services Act, le bureau de vérification interne du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit également examiner les activités de tous les hôpitaux. Le régime de soins médicaux (Medical Care Program) est géré entièrement par le ministère de la Santé des territoires. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés et aux consultants externes, fournis dans le cadre d'un programme approuvé dans les hôpitaux approuvés, sont assurés.

Les services jugés expérimentaux par une province ou le corps médical en général ne sont pas assurés, ainsi que les services de chirurgie esthétique.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, les services aux malades chroniques et les services complémentaires sont assurés. Lorsque c'est possible, un montant de coassurance est réclamé à ceux qui peuvent se le permettre.

Régime de soins médicaux

Tous les services médicalement nécessaires fournis par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux. Les services dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit de services de chirurgie buccale rendus nécessaires par une blessure ou une maladie de la mâchoire.

À même le Trésor, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest subventionne des programmes additionnels de services complémentaires, notamment un programme d'assurance-médicaments et un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Au titre des régimes des territoires, tous les résidents des territoires sans exception ont le droit d'être inscrits au régime. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Il n'existe aucune clause spéciale autre que celles contenues dans cette entente.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence n'est pas supérieur à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit de déterminer si une personne a véritablement établi résidence dans les territoires ou si elle n'y est que temporairement.

En ce qui concerne les immigrants reçus, les détenus libérés des pénitenciers fédéraux ainsi que les militaires et les membres de la Gendarmerie royale qui retournent à la vie civile, la prise en charge est assurée dès le premier jour.

Paiement des services dispensés au Canada

Les résidents sont assurés à cent pour cent du tarif quotidien demandé par la province où ils reçoivent ces services. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable. Pour l'hospitalisation, aucune facturation directe n'est effectuée, tandis qu'au régime de soins médicaux, les patients peuvent être remboursés, le cas échéant. Cependant, les services permis sont ceux qui sont déterminés et approuvés par les Territoires du Nord-Ouest.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les résidents qui ont pris eux-mêmes l'initiative de se faire traiter à l'étranger sont remboursés au tarif en vigueur dans les territoires pour des services équivalents, sur présentation du reçu original. Si les services en question ne sont pas offerts dans les territoires, le taux de remboursement est établi selon le tarif en vigueur dans un autre endroit approprié du Canada.

Lorsque les médecins traitants et le gouvernement conviennent que le service requis par un malade n'est pas disponible au Canada, tous les services hospitaliers fournis au malade ainsi dirigé vers l'étranger sont assurés au tarif de l'établissement où ces services sont dispensés.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui déménagent dans une autre province sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont libre accès à toutes les installations gérées par le gouvernement des Territoires.

Paiement aux hôpitaux

Les hôpitaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des territoires sont payés conformément aux accords réciproques interprovinciaux sur la facturation. En 1986-1987, les dépenses au titre des services hospitaliers assurés se sont élevées à 48,9 millions de dollars.

Mode de paiement pour les soins médicaux

Les médecins peuvent être à l'emploi d'un hôpital ou du gouvernement et être rémunérés selon le mode du salariat, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte. Pour l'année financière 1986-1987, les paiements déboursés au titre des services médicaux assurés se sont élevés à 10,1 millions de dollars.

Rémunération raisonnable

En 1986-1987, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la Northwest Territories Medical Association ont conclu deux ententes qui ont par la suite pris force de loi sous forme de règlements de la Medical Care Act. Ces règlements, qui concernent la période allant du 1er juillet 1986 au 30 juin 1987, permettent une augmentation nette annuelle de 3,25 p. 100.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Bien qu'il n'existe pas d'établissements de soins prolongés comme tels, des services complémentaires de santé sont dispensés au besoin dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation. Des soins à domicile sont également offerts aux résidents de Yellowknife, Hay River, Fort Smith et Inuvik.